

**SAVONIA**

OPINNÄYTETYÖ - YLEMPI AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO  
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

# HYVÄÄ HOITOA HAASTEELLI- SESTI KÄYTTÄYTYVÄLLE MUISTISAIRAALLE – VERKKOMATERIAALI HOI- TOTYÖNTEKIJÄLLE

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala			
Koulutusohjelma/Tutkinto-ohjelma Hoitotyön kliinisen asiantuntijan tutkinto-ohjelma			
Työn tekijä(t) Niina Närhi			
työn nimi Hyvää hoitoa haasteellisesti käyttäytyvälle muistisairaalle - verkkomateriaali hoitotyöntekijälle			
Päiväys	12.9.2016	Sivumäärä/Liitteet	72/2
Ohjaaja(t) Yliopettaja Liisa Koskinen			
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Esperi Care Palvelukeskus Lounatuuli			
<p>Tiivistelmä</p> <p>Muistisairauksiin liittyy kognitiivisia muutoksia, jotka altistavat psykologisille oireille ja käyttäytymisen muutoksille. Käyttäytymisen muutoksia ja oireita kutsutaan kansallisesti ja kansainvälisesti haasteelliseksi käyttäytymiseksi tai käytösoireiksi. Muistisairaasta noin 90 % kärsii näistä oireista jossakin sairautensa vaiheessa. Muistisairaahan haasteellinen käyttäytyminen on yhteiskunnallisesti ja inhimillisesti merkittävä ilmiö, josta kärsivät muistisairas itse, omaiset ja hoitohenkilökunta.</p> <p>Haasteellista käyttäytymistä hoidetaan silloin, kun se aiheuttaa haittaa muistisairaalle, heikentää muistisairaahan kykyä huolehtia itsestään, vaikuttaa sosiaaliseen vuorovaikutukseen tai toimintakykyyn. Hoitoa haasteelliseen käyttäytymiseen tarvitaan myös silloin kun oireet aiheuttavat vaaratilanteita muistisairaalle itselleen tai muille, vaikuttavat hoitopaikkaratkaisuun tai omaiset eivät jaksa hoitaa muistisairasta. Haasteellisen käyttäytymisen hoidossa käytetään ensisijaisesti lääkkeettömiä hoitomuotoja. Lääkkeettömällä hoidolla eli hoitotyön keinoilla tarkoitetaan muistisairaasta ja hänen tarpeistaan huolehtimista mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kehittämistyönä ja sen tarkoituksena oli tuottaa Esperi Care:n Lounatuulen tehostetun palveluasumisen yksikköön hoitohenkilöstölle tarkoitettu verkkomateriaali muistisairaahan vanhuksen haasteellisesta käyttäytymisestä ja sen helpottamisesta hoitotyön keinoin. Kehittämistyön tavoitteena oli vahvistaa paitsi Lounatuulen työntekijöiden myös muiden haasteellisesti käyttäytyvien kanssa työskentelevien näyttöön perustuvaa osaamista ja ammattitaitoa haasteellisen käyttäytymisen muodoista, muistisairaahan ikäihmisen hyvästä hoidosta ja keinoista ennaltaehkäistä ja lievittää haasteellista käyttäytymistä. Tuotettavan verkkomateriaalin tavoite oli auttaa materiaalia hyödyntäviä työntekijöitä löytämään hoitokeinoja, joilla helpotetaan haasteellisesti käyttäytyvien vanhusten oloa ja arjessa selviytymistä.</p> <p>Tuotoksena kehitetty verkkomateriaali tuotettiin teoreettisen viitekehyksen ja asiantuntijakonsultaatioiden perusteella. Palvelukeskus Lounatuulen henkilökunta oli mukana verkkomateriaalin suunnittelussa ja yksi henkilökunnan jäsen toimi verkkomateriaalin arvioijana. Materiaalia muokattiin hänen antamansa palautteen mukaan. Verkkomateriaali sisältää viisi osa-aluetta, joita ovat etusivu, muistisairaudet, haasteellinen käyttäytyminen, haasteellisen käyttäytymisen hoito ja yhteystiedot. Osaan sivuista on liitetty hyödyllisiä linkkejä aihealueesta. Verkkomateriaali on toteutettu WordPress sivuston avulla siten, että se on vapaasti hyödynnettävissä internetissä ositteessa <a href="https://muistisairaanhaasteellinenkaytos.wordpress.com">https://muistisairaanhaasteellinenkaytos.wordpress.com</a>.</p> <p>Johtopäätöksenä voidaan todeta, että tuotoksena kehitetty verkkomateriaali on helposti saatavilla. Materiaali välittää näyttöön perustuvaa tietoa muistisairaahan haasteellisen käyttäytymisen lääkkeettömästä hoidosta materiaalia hyödyntäville käyttäjille. Kehitetty materiaali tukee muistisairaiden parissa työskentelevien hoitajien osaamista ja ammattitaitoa. Tämä voi helpottaa muistisairaiden vanhusten arjessa selviytymistä ja vähentää haasteellisen käyttäytymien monialaisia haittoja.</p>			
Avainsanat Muistisairaudet, haasteellinen käyttäytyminen, haasteellisen käyttäytymisen hoitotyö, kehittämistyö			

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Master's Degree Programme in Advanced Practice Nursing			
Author(s) Niina Närhi			
Title of Thesis Good management of a challenging behaving person suffering from a memory disorder - internet material for a care worker			
Date	12.9.2016	Pages/Appendices	72/2
Supervisor(s) Principal Lecturer Liisa Koskinen			
Client Organisation /Partners Esperi Care Lounatuuli the unit of enhanced service and living			
<p><b>Abstract</b></p> <p>Cognitive changes often associate with memory disorder. These changes predispose to psychological and behavioral alterations. Behavioral alterations and symptoms defined nationally and internationally as challenging behavior or behavioral symptoms. About 90 % of people suffering from memory disorder experience these symptoms in some stage of their illness. Challenging behavior of a person suffering from memory disorder can be both socially and psychologically a remarkable phenomenon that can course suffering to the person, relatives and care workers.</p> <p>Challenging behavior is to be treated, when it troubles the person him/herself, weakens the ability of the person suffering to take care of him/herself or when it affects to social interaction or makes one disabled. Treatment is also needed when the symptoms can cause danger to the person him/herself or people close by, are essential for choosing the place of care or the relatives are too tired. Non-pharmacological ways of care have been recommended as primary treatment methods when taking care of persons with challenging behavior.</p> <p>This development work aimed at producing an internet based material for the nursing staff of Esperi Cares Lounatuuli. The objective was to strengthen the evidence-based competence and professionalism of both the staff of Lounatuuli and those working with elderly persons with memory disorder and challenging behavior: improve quality of nursing and alleviate consequences of challenging behavior. The aim of the internet material was to help the professionals to improve the quality of daily life of this particular client group.</p> <p>Development of the product was based on a theoretical framework and expert consultations. The service center Lounatuuli's staff was involved in designing the material and one staff member worked as a critic of the material. The material was then edited based on the feedback. The internet material includes five sections: the front page, the presentation of memory disorder illnesses, defining "challenging behavior", finding the treatment for challenging behavior and the contact details. In some parts of the material useful links from the topic has been attached. The internet material was produced using WordPress blog environment and is available free in the address: <a href="https://muistisairaanhaasteellinenkaytos.wordpress.com">https://muistisairaanhaasteellinenkaytos.wordpress.com</a>.</p> <p>As a conclusion it can be stated that the developed material provides evidence based information from the non-pharmacological ways of caring clients with memory disorders and challenging behavior. The material is available for all those who are interested in this topic and own professional development. The material may help care workers to alleviate suffering and various damages of clients suffering from challenging behavior and improve the quality of their life.</p>			
Keywords Memory disorders, challenging behavior, nursing of challenging behaviour, development work			

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO .....	6
2	MUISTISAIRAUDET .....	8
2.1	Alzheimerin tauti .....	8
2.2	Vaskulaariset muistisairaudet .....	10
2.3	Lewyn kappale-tauti .....	11
2.4	Parkinsonin taudin muistisairaus .....	12
2.5	Otsa-ohimolohkorappeumat .....	12
3	HAASTEELLINEN KÄYTTÄYTYMINEN .....	14
3.1	Psyykkiset oireet .....	16
3.2	Käyttäytymisen oireet .....	18
4	HAASTEELLISESTI KÄYTTÄYTYVÄN MUISTISAIRAAN HOITO .....	21
4.1	Tarpeisiin kohdistuva räätälöity hoito .....	22
4.2	Käyttäytymistä muokkaava hoito .....	25
4.3	Psykososiaalinen hoito .....	25
4.4	Psykomotorinen hoito .....	32
4.5	Ympäristön parantaminen .....	36
4.6	Henkilökunnan koulutus .....	39
5	KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE .....	42
6	KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS .....	43
6.1	Kehittämistyön vaiheet .....	44
6.1.1	Ideointivaihe .....	44
6.1.2	Suunnitteluvaihe .....	45
6.1.3	Toteutusvaihe .....	48
6.1.4	Päätösvaihe .....	50
6.1.5	Arviointivaihe .....	50
6.2	Kehittämistyön tuotos .....	52
7	POHDINTA .....	55
7.1	Kehittämistyön prosessi .....	56
7.2	Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus .....	57
7.3	Oman ammattitaidon kehittyminen .....	58
7.4	Johtopäätökset ja jatkokehittämisehdotukset .....	59

LÄHTEET .....	61
1 LIITE: Kysely Lounatuulen hoitohenkilöstölle.....	69
2 LIITE: Verkkomateriaalin rakenne .....	72

## 1 JOHDANTO

Muistisairaudet ovat maailmanlaajuinen ongelma ja ne kuuluvat länsimaissa vanhusten yleisimpiin pitkäaikaissairauksiin (Alzheimer's Disease International 2012; Erkinjuntti, Remes, Rinne ja Soininen 2015,5). Koko maailmassa oli vuonna 2010 35.6 miljoonaa muistisairasta. Uusia muistisairaustapauksia tulee 7.7 miljoonaa vuodessa, eli noin joka neljäs sekunti tulee maailmaan uusi muistisairas. (Alzheimer's Disease International 2012.) Euroopassa muistisairaita arvellaan olevan 10,9 miljoonaa. Vuonna 2013 Suomessa arvioitiin olevan 93 000 keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairautta sairastavaa muistisairasta. Vuonna 2060 heitä arvellaan olevan maassamme 240 000. Muistisairauksien määrän on todettu kasvavan vanhemmissa ikäluokissa, joten väestön ikärakenteen vanhetessa muistisairaiden lukumäärä kasvaa voimakkaasti väestössä. Uusia muistisairaustapauksia ilmaantuu Suomessa 14 500 vuodessa. Pitkäaikaishoidossa olevista ikäihmisistä kolme neljästä on muistisairaita. Muistisairauksien hoidon kustannukset ovat meillä vuosittain 1,5–2,5 miljardia euroa. (Erkinjuntti ym. 2015, 5-35.)

Muistisairaus tarkoittaa sairautta, joka heikentää muistia ja muita tiedonkäsittelyn alueita, kuten kielellisiä toimintoja, näönvaraista hahmottamista ja toiminnanohjausta (Käypä hoito 2010a). Etenevällä muistisairaudella tarkoitetaan muistia ja tiedonkäsittelyä heikentäviä sairauksia, jotka johtavat laajaan dementiatasoiseen henkisten kykyjen heikentymiseen (Juva, Hublin, Kalska, Korkeila, Sainio, Tani ja Vataja 2011,191). Yleisimpiä eteneviä muistisairauksiamme ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkiertosairaudet, Lewyn kappale – tauti, Parkinsonin taudin muistisairaus sekä otsa-ohimolohkorappeumat (Käypä hoito 2010a).

Muistisairauksiin liittyy kognitiivisia muutoksia, jotka myös altistavat psykologisille oireille ja käyttäytymisen muutoksille. Käyttäytymisen muutoksia ja oireita kutsutaan kansallisesti ja kansainvälisesti haasteelliseksi käyttäytymiseksi tai käytösoireiksi. Muistisairaahan haasteellinen käyttäytyminen on yhteiskunnallisesti ja inhimillisesti ajateltuna merkittävä ilmiö, josta kärsivät muistisairaat itse, omaiset ja hoitohenkilökunta. (Eloniemi-Sulkava ja Savikko 2011, 17.) Haasteellisen käyttäytymisen on todettu lisäävän vanhusten tapaturmia ja kaatumisia, sekä aiheuttavan taloudellisia kustannuksia välineiden rikkoutumisena ja henkilökunnan uupumisesta aiheutuvina poissaoloina. Haasteellinen käyttäytyminen aiheuttaa myös stressiä hoitohenkilökunnalle sekä muistisairaalle itselleen ja heikentää näin ollen molempien ryhmien elämänlaatua. (Saarnio ja Isola 2010, 324; Eloniemi-Sulkava ja Savikko 2011, 18.)

Muistisairaista noin 90 % kärsii haasteellisesta käyttäytymisestä jossakin sairautensa vaiheessa (Erkinjuntti ym. 2015, 91). Suomessa vanhainkodeissa ja terveyskeskuksissa hoidettavista muistisairaita vanhuksista noin kolmanneksella on haasteellista käyttäytymistä. Kansainvälisessä tutkimuksessa taas on todettu, että laitoshoidossa olevista muistisairaista yli puolella on haasteellista käyttäytymistä. (Saarnio, Isola ja Mustonen 2011, 47.) Haasteellisen käyttäytymisen ilmeneminen heikentää toimintakykyä ja lisää näin ollen pysyvään laitoshoitoon joutumisen vaaraa (Juva, Hublin, Kalska, Korkeila, Sainio, Tani ja Vataja 2011, 193). Haasteellista käyttäytymistä tulee hoitaa silloin, kun se

kuormittaa muistisairasta, heikentää muistisairaahan kykyä huolehtia itsestään, vaikuttaa sosiaaliseen vuorovaikutukseen tai alentaa toimintakykyä. Haasteellisen käyttäytymisen hoidossa käytetään ensisijaisesti lääkkeettömiä hoitomuotoja (Eloniemi-Sulkava 2010).

Esperi Care on vuonna 2001 perustettu valtakunnallinen hoiva-alan yritys, joka tarjoaa asumispalveluita ikääntyneille, mielenterveyskuntoutujille ja kehitysvammaisille sekä lääkäripalveluita (Esperi 2015a). Palvelukeskus Lounatuuli on Esperi Caren tehostetun palveluasumisen yksikkö Mikkeliissä, joka on aloittanut toimintansa vuonna 2011. Lounatuuli tarjoaa kodinomaista, ympärivuorokautista asumispalvelua ja hoivaa. Palvelukeskus Lounatuulella on 30 tehostetun palveluasumisen asuntoa, kolmessa eri asuinsiivessä. (Esperi 2015b.) Olen työskennellyt Lounatuulella sairaanhoitajan tehtävissä neljä vuotta haasteellisesti käyttäytyvien muistisairaiden parissa. Työni ja muistihoitajan koulutuksen kautta kiinnostuin muistisairaiden haasteellisesta käyttäytymisestä, jota hoidetaan paljon lääkkeillä. Haluan perehtyä tämän opinnäytetyön kautta hoitotyön keinoihin, joiden avulla voi hoitaa haasteellista käyttäytymistä sekä viedä tätä tietoutta työyhteisöni.

Opinnäytetyö on luonteeltaan kehittämistyö, joka toteutetaan yhteistyössä Esperi Care:n Palvelukeskus Lounatuulen kanssa. Työssä kehitettiin haasteellista käyttäytymistä ja sen hoitokeinoja esittelevä verkkomateriaali hoitajille. Opas julkaistaan virtuaalisessa muodossa internetissä ja sen saa käyttöönsä kuka tahansa asiasta kiinnostunut. Verkkomateriaali tarjoaa hoitohenkilökunnalle tietoa ja välineitä tarjota haasteellisesti käyttäytyvälle muistisairaalle hyvää ja inhimillistä hoitoa sekä keinoja parantaa muistisairaahan elämänlaatua. Verkkomateriaalissa olevan ympäristön parantamisen ja virikkeellisten hoitomuotojen kuten liikunnan, piirtämisen, muistelun, musiikin ja eläinten läsnäolon on todettu parantavan muistisairaahan elämänlaatua (Holopainen ja Siltanen 2015, 12–13). Verkkomateriaali antaa myös keinoja vähentää haasteellisesta käyttäytymisestä johtuvia taloudellisia kustannuksia sekä henkilökunnalle aiheutuvaa stressiä ja uupumista. Suomessa muistisairaiden monimuotoisilla ja räätälöidyillä tukitoimilla on todettu saavutettavan 5100 euron kustannussäästöt vuodessa yhtä perhettä kohden. Fyysisen toimintakyvyn ylläpidolla taas on todettu saavutettavan säästöjä erikoissairaanhoidon palveluiden käytössä. (Erkinjuntti ym. 2015, 53, 91.) Kehittämistyö koostuu kahdesta prosessista, joita ovat tutkimus ja kehittämistyö, jonka kohteena voi olla tuote, prosessi, palvelu tai toiminta. Kehittäminen liittyy aina käytäntöön ja sen taustalla on ilmiö, prosessi tai asiantila, jonka halutaan olevan paremmin kehittämisen tai muutoksen jälkeen. (Kananen 2012, 45,13.)

Minun kehittämistyöni tarkoitus oli tuottaa Esperi Care:n Lounatuulen tehostetun palveluasumisen yksikköön verkkomateriaali hoitohenkilöstön käyttöön muistisairaahan vanhuksen haasteellisesta käyttäytymisestä ja sen helpottamisesta hoitotyön keinoin. Kehittämistyön tavoitteena oli vahvistaa Lounatuulen henkilökunnan sekä muiden hoitotyöntekijöiden näyttöön perustuvaa osaamista ja ammatitaitoa haasteellisen käyttäytymisen muodoista, muistisairaahan ikäihmisen hyvästä hoidosta ja keinoista ennaltaehkäistä ja lievittää haasteellista käyttäytymistä. Tuotettavan verkkomateriaalin tavoite on auttaa Lounatuulen hoitajia sekä muita hoitotyöntekijöitä löytämään hoitokeinoja, joilla helpotetaan haasteellisesti käyttäytyvien vanhusten oloa ja arjessa selviytymistä. Omana tavoitteenani on kehittää omaa asiantuntijuuttani muistisairaiden haasteellisen käyttäytymisen hoitamisessa.

## 2 MUISTISAIRAUDET

Muistisairaus tarkoittaa sairautta, joka heikentää muistia ja muita tiedonkäsittelyn alueita, kuten kielellisiä toimintoja, näönvaraista hahmottamista ja toiminnanohjausta (Käypä hoito 2010a). Muistisairaudet eivät kuulu normaaliin vanhenemiseen, mutta muistisairaudet yleistyvät ikääntymisen myötä. Muistioireita voivat aiheuttaa pysyvien sairauksien tai vammojen jälkitilat tai etenevät sairaudet. Oireiden taustalla voi olla myös hoidettava sairaus tai tila. (Hallikainen, Mönkäre, Nukari ja Forder 2014,13.) Muistisairauksissa taudin kulku on yksilöllinen, emmekä voi ennustaa missä taudin vaiheessa mitään oireita esiintyy. Muistioireet ovat episodisen muistin ja semanttisen muistin toiminnassa esiintyviä vaikeuksia. Nämä oireet voivat johtua otsa- tai ohimolohkon toiminnan muutoksista, josta aiheutuu mieleen painamisen, muistissa säilyttämisen tai mieleen palauttamisen hankaluutta. (Hallikainen ym. 2014, 45.)

Muistisairauksien on todettu useimmiten johtavan muistin ja tiedonkäsittelyn vaikeaan heikentymiseen (Erkinjuntti ym. 2015, 20). Etenevällä muistisairaudella tarkoitetaan muistia ja tiedonkäsittelyä heikentäviä sairauksia, jotka johtavat laajaan dementia-asteeseen henkisten kykyjen heikentymiseen (Juva, Hublin, Kalska, Korkeila, Sainio, Tani ja Vataja 2011,191). Muistisairauden vaikeasta vaiheesta onkin aiemmin käytetty termiä dementia (Erkinjuntti ym. 2015, 20). Dementiassa muistihäiriön lisäksi tiedonkäsittely ja päättelytoiminnot ovat heikentyneet selvästi verrattuna aikaisempaan tasoon. Toimintojen heikentyminen alkaa heikentää dementoituneen itsenäistä ja sosiaalista selviytymistä. (Juva ym. 2011, 191.)

Muistisairauksissa esiintyy kognitiivisten oireiden lisäksi psyykkisten toimintojen ja käyttäytymisen säätelyn muutoksia ja oireita, kuten masennusta, ahdistusta, apatiaa, aggressiivisuutta, harhaluuloja ja näkyjä sekä tunne-elämän ailahtelevaisuutta ja impulsiivisuutta (Juva ym. 2011, 191). Muistisairauksissa haasteellista käyttäytymistä esiintyy 90 %:lla muistisairaista, jossakin muistisairauden vaiheessa (Käypä hoito 2010a). Käyttäytymisen muutosten on todettu heikentävän muistisairaiden ja heidän läheistensä elämänlaatua enemmän kuin kognitiivisten oireiden (Hallikainen ym. 2014, 47).

### 2.1 Alzheimerin tauti

Kaikista etenevistä muistisairauksista Alzheimerin tauti on yleisin ja se on 70 %:lla etenevää muistisairautta sairastavista (Erkinjuntti ym. 2015, 119). Suomessa Alzheimerin tautiin on jo sairastunut vähintään 70 000 henkilöä. Alzheimerin taudin oireiden syynä on hermosolujen toiminnan heikentyminen ja solukuolema muistin ja tiedonkäsittelyn kannalta tärkeillä aivoalueilla. (Käypä hoito 2010b) Taudin syy on edelleen tuntematon, mutta riskiä sairastua Alzheimerin tautiin lisäävät ikä, taudin esiintyminen suvussa, Downin oireyhtymä, aivoverenkierron sairaudet sekä sydän ja verenkiertosairauksien vaaratekijät, kuten korkea kolesterolia ja verenpaine (Sulkava, Viramo ja Eloniemi-Sulkava 2006, 6; Käypä hoito 2010b; Erkinjuntti ym. 2015, 120). Apolipoproteiini E geenin ε4-alleeli on todettu Alzheimerin taudin tärkeimmäksi geneettiseksi tekijäksi, joka lisää sairastumisriskiä Alzheimeriin noin nelinkertaisesti. (Erkinjuntti ym. 2015, 120, 194.) Harvoissa tapauksissa Alzheimerin taudin aiheuttaa perinnöllinen geenivirhe (Sulkava ym. 2006, 6).



Alzheimerin taudin varhaisimmat oireet ovat uusien asioiden oppimisen vaikeudet ja uuden muistitieteen nopea unohtaminen, mikä johtuu aivomuutoksien kehittymisestä ensin ohimolohkon sisäosiin, erityisesti hippokampus-alueella, joka on keskeinen alue tapahtumamuistin kannalta (Käypä hoito 2010b). Tiedonkäsittelyssä lisääntyvät oireet hallitsevat taudinkuvaa koko taudin ajan. Muisti on kaikissa taudin vaiheissa vaikeimmin vaurioitunut tiedonkäsittelyn osa-alue. (Erkinjuntti ym. 2015, 120.) Taudin edetessä muutoksia ilmaantuu otsalohkoon, joka on toiminnan suunnittelussa tärkeä alue. Muutoksia ilmaantuu myös kielellisissä toiminnoissa tärkeään ohimolohkoon ja havaintotoimintojen kannalta tärkeille päälaenlohkon ja ohimolohkon alueille. (Käypä hoito 2010b.)

Alzheimerin taudin aiheuttamat muutokset aivoissa vaikuttavat monimuotoisesti käyttäytymiseen (Sulkava ym. 2006,6). Sairauden eri vaiheissa jonkin asteisesta haasteellisesta käyttäytymisestä kärsii jopa 90 % kaikista Alzheimerin tautia sairastavista. Alzheimerin taudissa suuri osa sairastuneista kärsii useammasta kuin yhdestä haasteellisen käyttäytymisen muodosta. Haasteellinen käyttäytyminen on yleisimmillään keskivaikeassa Alzheimerin taudissa. Vakavampia käytösoireita kuten levottomuutta, aggressiivisuutta, vaeltelua ja psykoottisia oireita esiintyy 10—50 %:lla sairastuneista. (Nissinen 2013, 9.)

Taudin lievässä vaiheessa tyypillisimpiä haasteellisen käyttäytymisen muotoja (Taulukko 1) ovat masennus, lisääntynyt ärtymys, apatia ja tunne-elämän latistuminen (Erkinjuntti ym. 2015, 127). Harhat, hallusinaatiot ja aggressiot lisääntyvät sairauden edetessä. Näköharhojakin voi esiintyä, mutta harhaluuloisuus on huomattavasti yleisempää. (Nissinen 2013, 9.) Keskivaikeassa Alzheimerin taudissa haasteellista käyttäytymistä ilmaantuu yhä enemmän (Erkinjuntti ym. 2015,128). Keskivaikeassa vaiheessa tavallisimpia haasteellisen käyttäytymisen muotoja ovat levottomuus ja aggressiivisuus (Sulkava ym. 2006, 6).

Vaikeassa Alzheimerin taudin vaiheessa haasteellinen käyttäytyminen on moninaista ja sitä esiintyy lähes kaikilla potilailla. Yleisiä haasteellisen käyttäytymisen muotoja tässä vaiheessa ovat vastustelu, katastrofireaktiot (äkillinen, odottamaton ja tilanteeseen nähden liian voimakas verbaalinen, emotionaalinen tai fyysinen reaktio), agitaatio (ahdistuneisuus, johon liittyy voimakas liikkeiden levottomuus) ja levoton vaeltelu. Masennusta esiintyy tässä vaiheessa edelleen, mutta se saattaa ilmetä ahdistuneisuutena ja levottomana käyttäytymisenä. Apatiaa on yli 90 %:lla tautia sairastavista. (Erkinjuntti ym. 2015, 129.) Apatiaa esiintyy kaikissa taudin vaiheissa ja se on yleisin sekä pysyvin oire Alzheimerin taudissa, ja se ilmenee usein jopa ennen muistioireita (Nissinen 2013, 10).

TAULUKKO 1. Haasteellisen käyttäytymisen oireet lievässä, keskivaikeassa ja vaikeassa Alzheimerin-taudissa (Käypä hoito 2010a).

MMSE-pisteet	Haasteellisen käyttäytymisen oireet
<b>Lievä tauti 18–26</b>	Apatia
	Vetäytyminen
	Lisääntynyt ärtyvyys
	Ahdistuneisuus
	Masennus
	Harhaluuloisuus
<b>Keskivaikea tauti 10–22</b>	Harhaluuloisuus
	Hallusinaatiot
	Levottomuus
	Vaeltelu
	Uni- valverytmin häiriöt
	Masennus
	Pinnalliset sosiaaliset taidot
<b>Vaikea tauti 0–12</b>	Levottomuus
	Aggressiivisuus
	Poikkeava motorinen käytös
	Karkailu
	Uni- valverytmin häiriöt
	Masennus
	Apatia
	Käytösoireet

## 2.2 Vaskulaariset muistisairaudet

Vaskulaariset muistisairaudet eli aivoverenkiertosaikauden muistisairaudet ovat toiseksi yleisin muistisairauden syy. Niiden osuus kaikista muistisairauksista on 15–20 %.( Erkinjuntti ym. 2015, 137.) Vaskulaariset muistisairaudet ovat erityyppisiä ja ne voivat aiheutua yhdestä aivoinfarktista, lukuisista kortikaalisista infarkteista tai aivojen syvien osien valkean aineen rappeutumisesta (Juva ym. 2011, 195). Vaskulaaristen muistisairauksien taustalla ovat samat syyt, jotka lisäävät myös sydän- ja aivoverisuonisairauksien riskiä (Atula 2015a). Taudin oireisiin vaikuttaa aivoihin syntyneen vaurion sijainti ja laajuus (Jauhola 2010, 5). Vaskulaarisissa muistisairauksissa muistihäiriöt eivät ole hallitseva piirre, vaan ainakin sairauden alussa toiminnanohjaus heikentyy muistia selvemmin. Sairauden oireet eivät etene tasaisesti, vaan usein portaittain ja muistisairaana tila vaihtelee jopa päivittäin. Vaskulaarisen muistisairauden oireet alkavat nopeammin Alzheimerin tautiin verrattuna, jopa päivissä tai viikoissa. Muisti- ja ajatustoimintoihin liittyvien oireiden lisäksi esiintyy neurologisia oireita vaurioituneiden aivoalueiden sijainnin mukaan. Neurologisia ongelmia voivat olla kävelyn ongelmat, eri asteinen halvaantuminen puheentuoton häiriöt. (Atula 2015a.)

Vaskulaarinen muistisairaus jaetaan kahteen päätyyppiin sen mukaan, ovatko aivojen muutosalueet enemmän kuorikerroksella vai aivojen syvissä osissa (Atula 2015a). Aivojen syvien osien niin sanot-

tu valkean aineen rappeutuminen on yleisin vaskulaarisen muistisairauden tyyppi, jota sairastaa 60–70 % näistä potilaista (Juva ym. 2011,195; Atula 2015). Oireina ovat puheentuoton häiriöt ilman sanojen löytämisvaikeutta, toispuoleiset halvausoireet sekä kömpelö kävely ja tasapainohäiriöt. Joillakin potilaista voi esiintyä pakkoitkua ja -naurua. Älylliset toiminnot hidastuvat. (Atula 2015a.) Potilailla voi esiintyä myös käytösmuutoksia. Valkean aineen rappeumissa kognitiiviset oireet painottuvat toiminnanohjaukseen enemmän kuin muistihäiriöihin. Potilaan sairautentunto säilyy pitkään. (Juva ym. 2011, 195.) Aivojen kuorikerrosvaurioissa suurten aivoverisuonten tukokset aiheuttavat aivojen kuorikerrokseen hapenpuutetta ja saavat aikaan kuolioalueita. Oireet ilmenevät erilaisina sanojen löytämisvaikeutena sekä usein toispuoleisena halvauksena ja kävelyhäiriöinä, mukana voi olla myös näkökenttäpuutoksia. Älyllisten toimintojen puutokset ovat samantapaisia kuin valkean aineen rappeumassa. (Atula 2015a.)

Haasteellinen käyttäytyminen on vaskulaarisissa muistisairauksissa yhtä yleistä kuin muissakin rappeuttavissa muistisairauksissa. Masennuksen on jopa esitetty olevan tavallisempaa vaskulaarisissa muistisairauksissa kuin Alzheimerin taudissa. (Juva 2011, 195.) Tavallisimpia käyttäytymisen oireita ovat masennus, unihäiriöt, ahdistuneisuus ja yleinen toiminnan hidastuminen (Jauhola 2010, 5).

### 2.3 Lewyn kappale-tauti

Lewyn kappale-tautia esiintyy 10–15 %:lla muistisairaista (Hallikainen ym. 2014, 288). Useimmissa tapauksissa tauti alkaa yli 65-vuotiaana ja on hieman yleisempää miehillä. Tauti on saanut nimensä mikroskoopilla havaittavien solunsisäisten Lewyn kappaleiden mukaan, joita esiintyy myös Parkinsonin taudissa. Puolella Lewyn kappale-tautia sairastavista on todettu aivoissa samaan aikaan Alzheimerin taudin kaltaisia muutoksia. (Atula 2015b.) Aivojen sisäisten välittäjäaineiden liikkeissä ja välittäjäaineita tuottavissa hermosoluissa lähinnä dopamiinin ja asetyylikoliinin osalta tapahtuu muutoksia taudin edetessä (Jauhola 2010, 5). Taudin varsinaista syytä ei vielä tiedetä (Atula 2015b).

Tauti alkaa hitaasti ja johtaa omatoimisuuden menetykseen, vuodehoitoon ja lopulta kuolemaan alle kymmenessä vuodessa. Alussa oireina voivat olla älyllisen toimintakyvyn heikentyminen sekä tarkkaavuuden ja vireystilan vaihtelut. (Atula 2015b.) Näköharhoihin painottuvat harhat ovat Lewyn kappale-taudille tyypillisiä (Hallikainen ym. 2014, 288). Taudinkuvaan kuuluu myös Parkinsonin taudin piirteitä, joita ovat liikkeiden hidastuminen, jäykkyys ja kävelyhäiriöt. Lewyn kappale-taudissa voi esiintyä myös tajunnanmenetyskohtauksia, kaatumisia, sekavuutta ja haasteellista käyttäytymistä kuten esimerkiksi aggressiivisuuspuuskia. Muistiongelmien alkavat vasta taudin edetessä. (Atula 2015b; Sulkava ym. 2006, 10–11.) Lewyn kappale-tautia sairastavan käyttäytyminen voi olla vaihtelevan aggressiivista ja potilaalla voi olla sekavuutta. Sairastuneella yleinen ongelmanratkaisukyky heikkenee ja ongelmia sanojen muodostamisessa sekä puheen hitaudessa voi alkaa esiintyä. (Jauhola 2010, 5.)

## 2.4 Parkinsonin taudin muistisairaus

Parkinsonin taudissa aivoissa liikkeiden säätelystä huolehtivat radat rappeutuvat ja näissä radoissa tietoa kuljettavan välittäjäaineen dopamiinin määrä vähenee (Hallikainen ym. 2014, 295). Parkinsonin taudissa etenevän muistisairauden esiintyvyys on 4–6 kertaa yleisempi kuin normaaliväestössä. Muistisairautta esiintyy 60–70 %:lla parkinsonia sairastavista. Suomessa arvioidaan olevan noin 3000 Parkinson potilasta, jotka sairastavat muistisairautta. (Erkinjuntti ja Rinne 2013.)

Parkinsonin taudin keskeisiä oireita ovat levossa ilmaantuva vapina, liikkeiden hidastuminen ja lihasjänteyden kasvu. Sairaus vaikuttaa myös laajasti kognitiota ja tunne-elämää säätelevien hermorataverkkojen toimintaan. Parkinsonintaudin muistisairauden keskeisiä oireita ovat tarkkaavuuden heikentyminen, toiminnanohjauksen vaikeudet, näönvaraiseen hahmottamiseen liittyvät vaikeudet ja sairauden edetessä muistivaikeudet. Sairastuneilla esiintyy aistiharhoja, masennusta, ahdistuneisuutta, aloitekyvyttömyyttä, apatiaa ja unihäiriöitä. (Hallikainen ym. 2014, 295–296.) Parkinsonin taudissa esiintyy myös impulssikontrollin heikentymistä, kuten esimerkiksi pelihimoa, hyperseksuaalisuutta, ostosriippuvuutta ja ahmimishäiriöitä (Erkinjuntti ym. 2015, 159). Haasteellisen käyttäytymisen, aivomuutosten ja taudin oireiden on todettu Parkinsonin taudissa olevan samankaltaisia kuin Lewyn kappale-taudissa (Sulkava ym. 2006, 10).

## 2.5 Otsa-ohimolohkorappeumat

Otsa- ohimolohkorappeuma on muistisairauksien ryhmään kuuluva oireyhtymä, johon voivat johtaa useat eri sairaudet. Kaikille otsa-ohimolohkorappeumanaan johtaville sairauksille on yhteistä se, että ne johtavat aivojen otsa- tai ohimolohkojen rappeutumiseen. Näistä sairauksista käytetään myös nimitystä otsa-ohimolohkodementia tai frontaalidementia. Kaikista etenevistä muistisairauksista noin 5-10 % on otsa-ohimolohkorappeumia. Sairauden oireet alkavat usein keski-ikässä. Otsa-ohimolohkorappeumaa esiintyy erityisesti työikäisillä, koska sairaus alkaa jo keski-ikässä. Alle 65-vuotiailla otsa-ohimolohkorappeuma on joka viidennellä muistisairauden syynä. (Käypä hoito 2010c.)

Otsa-ohimolohko rappeuman tarkkoja syitä ei tiedetä, mutta perimällä ja siihen liittyvillä geenivirheillä on todettu todennäköisesti olevan keskeinen merkitys sairauden syntyyn (Käypä hoito 2010c). Sairastuneista 30–45 %:lla esiintyy suvussa otsa-ohimolohkorappeumaa. Suomalaisista perinnöllisistä otsa-ohimolohkorappeumista puolet on selitettävissä kromosomissa 9 olevan avoimen lukukehyyksen toistojakson monistumisella, niin sanotulla C90RF72 toistojakso laajentumalla. (Hallikainen ym. 2014, 282–284.) Terveillä ihmisillä tämä emästen toistojakso GGGGCC esiintyy perimässämme alle 30 kertaa, mutta sairailta toistojakso on monistunut jopa tuhat kertaa. C90RF72 jakson normaalia toimintaa ei vielä tunneta hyvin, eikä tiedetä miten muutos aiheuttaa aivojen vaurioitumisen. (Erkinjuntti ym. 2015, 196.) Geenivirheitä, jotka liittyvät otsa-ohimolohkorappeumaan on kuvattu useissa eri geeneissä, mutta näistä suurin osa on harvinaisia suomalaisilla (Hallikainen ym. 2014, 284).

Sairaus jaetaan kolmeen alatyyppiin, joita ovat otsalohkodementia, etenevä sujumaton afasia ja semanttinen dementia. Näistä yleisin on otsalohkodementia. (Hallikainen ym. 2014, 282.) Otsalohko-

dementiassa alkuvaiheessa muisti on säilynyt parempana kuin muissa muistisairauksissa ja sairauden keskeisiä oireita ovat persoonallisuuden sekä käyttäytymisen muutokset. Etenevässä sujumattomassa afasiassa puheen tuottaminen muuttuu työlääksi ja puheessa on kieliopillisia virheitä. Sanojen löytämis- sekä luku- ja kirjoitusvaikeuksia esiintyy. Muut tiedonkäsittelyn alueet säilyvät ennallaan. Semanttisessa dementiaassa potilas kärsii sanojen merkitysten hämärtymisestä. Puheen tuottaminen on sujuvaa, mutta oikeiden sanojen löytäminen on vaikeaa. Muisti säilyy suhteellisen hyvin, mutta kyky tunnistaa esineitä heikkenee. (Erkinjuntti ym. 2015, 172.)

Otsa-ohimolohkorappeumassa oireisto etenee nopeasti ja keskimääräinen elinikä oireiden alkamisesta on noin 6-10 vuotta. Osalla potilaita oireiston eteneminen on kuitenkin hyvin hidasta ja toimintakyky voi säilyä kohtalaisena yli kymmenen vuotta. (Hallikainen ym. 2014, 282.) Alussa potilaan läheiset huomaavat potilaan luonteen muuttuneen. Muutos voi näkyä holtittomana käyttäytymisenä, kuten esimerkiksi riskien ottamisena liikenteessä, pelihimona, päihteiden käyttämisenä, ahmimisena, seksuaalisten normien rikkomisena tai apatiana. Käyttäytyminen saattaa olla tilanteeseen sopimatonta, hyvien tapojen tai normien vastainen. Elämänhallinta suurissa sekä pienissä asioissa alkaa rakoilla ja potilaiden on vaikeata toimia suunnitelmallisesti. (Käypä hoito 2010c.) Otsa-ohimolohkorappeumaa sairastava saattaa jättää entisen toimintansa kesken ja siirtyä uuteen toimintaan, koska on virikkeiden ja ärsykkeiden viettävissä. Toisaalta taas potilaat voivat kärsiä aloitekyvyttömyydestä. Itse potilaat ovat huolettomia, eivätkä välttämättä itse kärsi oireista. (Sulkava ym. 2006, 12.)

### 3 HAASTEELLINEN KÄYTTÄYTYMINEN

Muistisairauksiin liittyy kognitiivisia muutoksia, jotka altistavat psykologisille oireille ja käyttäytymisen muutoksille (Eloniemi-Sulkava ja Savikko 2011, 17). Kognitiivisten kykyjen heikentyminen aiheuttaa muistisairaalle turvattomuuden tunnetta, koska hän kokee olevansa eksyksissä ympäristössään (Saarnio ja Isola 2010, 323). Tämä tunne aiheuttaa käyttäytymistä, joka voi olla uhkana muistisairaalle omalle hyvinvoinnille, muiden hoidossa olevien vanhusten sekä hoitohenkilökunnan hyvinvoinnille (Isola, Backman, Saarnio ja Paasivaara 2005, 146). Ympäristö kokee tällaiset, usein muistisairaalle turvattomuudesta kumpuavat psykologiset ja käyttäytymisen muutokset hankalina ja vaikeasti hallittavina (Eloniemi-Sulkava ja Savikko 2011, 17).

Muistisairauteen liittyviä käyttäytymisen muutoksia ja oireita kutsutaan kansallisesti ja kansainvälisesti haasteelliseksi käyttäytymiseksi tai käytösoireiksi (Eloniemi-Sulkava ja Savikko 2011, 17). Suomalaisessa hoitotieteessä käsitettä muistisairaalle haasteellinen käyttäytyminen on alettu käyttää 2000-luvulla (Jauhola 2010, 6). Haasteellinen käyttäytyminen on muita käsitteitä positiivisempi ja kuvastaa sitä haastetta, jonka muistisairaalle käyttäytyminen häntä hoitaville tarjoaa (Kanala ja Leinonen 2001, 9). Aikaisemmissa tutkimuksissa haasteellisesta käyttäytymisestä on käytetty käsitteitä häiritsevä käyttäytyminen, ongelmallinen käyttäytyminen, agitaatiokäyttäytyminen, epäasiallinen käyttäytyminen ja vaativa käyttäytyminen (Saarnio ja Isola 2010, 323). Lääketieteessä haasteellinen käyttäytyminen usein liitetään psykiatrisen hoidon alueelle ja sen kuvaamiseen käytetään myös käsitteitä käytöshäiriöt ja käytösoireet (Kanala ja Leinonen 2001, 9). Nykyisin käytöshäiriö-termin asemesta suositellaan ilmaisua dementian psykologiset ja käytösoireet tai haasteellinen käyttäytyminen (Strandberg 2013). Tässä opinnäytetyössä käytän käsitettä haasteellinen käyttäytyminen, koska se kuvaa hyvin sitä, miten paljon tällainen käyttäytyminen haastaa hoitajia, muita muistisairaalle elämään liittyviä ihmisiä sekä ympäristöä, jossa muistisairas elää. Käsite haasteellinen käyttäytyminen ei myöskään leimaa muistisairasta häiritseväksi tai ongelmalliseksi.

Haasteellista käyttäytymistä esiintyy vaelteluna, äkillisinä mielialanvaihteluina, aggressiivisuutena sekä verbaalisena häirintänä, jota ovat sanojen toistelu, huutaminen, itsekseen puhuminen, valittelu, itkeminen ja herjaavat puheet (Saarnio ja Isola 2010, 324). Haasteellinen käyttäytyminen esiintyy yleisimmin fyysisenä ja kielellisenä aggressiivisuutena, pahantuulenpurkauksina, hoitotoimenpiteiden vastustamisena ja huuteluna. Harvemmin esiintyviä haasteellisen käyttäytymisen muotoja ovat tavaroitten rikkominen, poikkeava seksuaalinen käyttäytyminen ja ravinnoksi sopimattoman syöminen. (Isola, Backman, Saarnio ja Paasivaara 2005, 148.) Haasteelliselle käyttäytymiselle ei ole olemassa yleisesti hyväksyttyjä kriteerejä, joten haasteellisen käyttäytymisen määritelmät vaihtelevat tutkimuksesta toiseen. Rajanvetäminen haasteellisen käyttäytymisen oireiden välille on hankalaa, joten oireet esitetään yksittäisten oireiden sijasta usein oireryppäinä. (Erkinjuntti ym. 2015, 91.)

Haasteellinen käyttäytyminen voidaan jakaa kolmeen luokkaan. Ensimmäiseen luokkaan kuuluvat henkilöön ja ympäristöön kohdistuvat käyttäytymismuodot kuten fyysinen ja verbaalinen aggressiivisuus sekä esineiden ja ympäristön tuhoaminen. Toiseen luokkaan kuuluvat käyttäytymismuodot, jotka ovat vahingollisia henkilökunnalle, toisille vanhuksille ja muistisairaalle itselleen, esimerkiksi huu-

telu, itsensä vahingoittaminen ja ravinnoksi sopimattoman syöminen. Kolmanteen luokkaan kuuluvat ristiriitatilanteet, jotka syntyvät kun muistisairaahan toiminnallinen kyvyttömyys on suurempi kuin fyysisen ja psyykkisten toimintojen todellinen heikentyminen edellyttäisi. (Saarnio, Isola ja Mustonen 2011, 47.)

Omassa opinnäytetyössäni luokittelen haasteellisen käyttäytymisen oireet neuropsykiatrisen kyselylomakkeen NPI-NH (Neuropsychiatric inventory 2015) mukaan. Tämä kyselylomake kartoittaa kymmenen haasteellisen käyttäytymisen oiretta, jotka ovat harhaluulot, aistiharhat, levottomuus/aggressiivisuus, masentuneisuus, ahdistuneisuus, kohonnut mieliala, apatia, estottomuus, ärtyneisyys ja poikkeava motorinen käytös ja kaksi neurovegetatiivista oiretta, eli unen häiriöt ja syömis-  
misen muutokset. (Neuropsychiatric Inventory 2015).

Kaikissa etenevissä muistisairauksissa esiintyy haasteellista käyttäytymistä (Erkinjuntti 2015, 91). Haasteellista käyttäytymistä voi olla kaikissa muistisairaahan vaiheissa, mutta eniten sitä esiintyy sairauhan keskivaiheessa ja vaikeassa vaiheessa, jolloin haasteellinen käyttäytyminen voi olla myös ongelmallisinta (Eloniemi-Sulkava ym. 2011, 17.) Osassa muistisairauksista, kuten esimerkiksi Lewynkappale-taudissa tai otsaohimolohkorappeumassa haasteellinen käyttäytyminen on niin tyypillistä, että se kuuluu osaksi näiden sairauksien diagnostisia kriteerejä. Muistisairaasta noin 90 % kärsii haasteellisesta käyttäytymisestä jossakin sairautensa vaiheessa. (Erkinjuntti ym. 2015, 91.) Suomessa vanhainkodeissa ja terveyskeskuksissa hoidettavista muistisairaista vanhuksista noin kolmanneksella on haasteellista käyttäytymistä. Kansainvälisessä tutkimuksessa taas on todettu, että laitoshoidossa olevista muistisairaista yli puolella on haasteellista käyttäytymistä. (Saarnio ym. 2011, 47.)

Haasteellinen käyttäytymisen ilmeneminen heikentää toimintakykyä ja lisää näin ollen pysyvään laitoshoidoon joutumisen vaaraa. Muistisairas joutuu usein laitoshoidoon silloin, kun omaishoitaja uupuu tai masentuu muistisairaahan haasteelliseen käyttäytymiseen, kuten esimerkiksi yöheräilyyn, levottomuuteen tai aggressiivisuuteen. (Juva ym. 2011, 193.) Laitoshoidossa suurimmaksi hoitotyön haasteeksi on todettu haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaahan hoitaminen, sillä hoitajat joutuvat päivittäin selvittämään haasteelliseen käyttäytymiseen liittyviä ongelmia. Muistisairaahan verbaalisen häirinnän on myös todettu aiheuttavan muissa vanhuksissa pelkoa ja levottomuutta. (Saarnio ja Isola 2010, 324.) Vanhusten syrjään vetäytyminen ja eristäytyminen kuuluvat myös haasteellisen käyttäytymisen haittoihin (Saarnio, Isola ja Mustonen 2011, 47).

Haasteellisen käyttäytymisen on todettu lisäävän fyysisten ja kemiallisten rajoitteiden käyttöä, josta voi seurata tapaturmia ja inhimillistä kärsimystä vanhuksille ja heidän omaisilleen. Erilaisten rajoitteiden käytön on todettu kasvattavan vanhusten levottomuutta, sekavuutta ja verbaalista aggressiivisuutta. Näiden ongelmien on todettu korostuvan vähenevien hoitotyön resurssien myötä ja laitoshoidoa vaativien muistisairaiden määrän kasvaessa. (Saarnio ja Isola 2010, 324.)

### 3.1 Psykkiset oireet

Muistisairauksiin liittyy psykoottisia oireita, kuten **harhaluuloja**. Harhaluulot liittyvät yleisimmin omaisiin (Hallikainen ym. 2014, 53). Muistisairailta harhaluulot ovat paranoidissävyytteisiä ja liittyvät esimerkiksi varastamiseen, myrkyttämiseen ja mustasukkaisuuteen (Juva ym. 2011, 194). Skitsofreniasta ja harhaluuloisuushäiriöstä muistisairaana harhaluulot eroavat siinä, ettei muistisairas yleensä muodosta monimutkaisia ja mielikuvituksellisia harhajärjestelmiä. Muistisairaana harhaluuloja ei voida selittää pelkästään tiedonkäsittelyn heikentymisellä. Esimerkiksi varastamiseen liittyviä harhoja voi synnyttää potilaan huono muisti, joka saa potilaan hukkaamaan tavaroita, mutta tämän lisäksi tarvitaan vielä kuitenkin harhaluuloinen ajatuksen muodostus. (Erkinjuntti 2015, 93.)

Omaan terveydentilaan liittyvät harhat tai erotomaaniset harhaluulot (kuvittelee toisen henkilön olevan rakastunut itseensä) sekä muut harhat voivat olla muistisairauden ensimmäinen oire tai ilmentua muistisairauden toteamisen jälkeen (Hallikainen ym. 2014, 53). Esimerkiksi Alzheimerin taudissa hallusinaatioita esiintyy yleisimmin pitkälle edenneessä taudissa. Harhaluulot voivat kuitenkin olla myös iäkkäillä Alzheimer-potilailla taudin ensioire. (Juva ym. 2011, 194.) Muistipotilaat voivat kärsiä väärintunnistamisesta eli misidentifikaatiosta, jossa potilas saattaa kuvitella peilissä näkyvän hahmon todelliseksi ihmiseksi. Puoliso tai muu lähiomainen kuvitellaan vaihtuneen toiseksi ja omaa kotia ei tunnusteta enää omaksi kodiksi. Muistisairaana väärin tunnistaminen on osittain havaitsemisen tiedonkäsittelyssä ilmenevä oire, jossa psykoottinen ajatuksenmuodostus voi olla vahvaa. (Erkinjuntti 2015, 93.)

**Aistiharhoja** ja harhaluuloja esiintyy 25–50 %:lla muistisairaista. Aistiharhat voivat olla näkö-, kuulo-, tunto-, haju- ja makuaistiin liittyviä. Näitä oireita esiintyy eniten muistisairauden keskivaikeassa ja vaikeassa vaiheessa. Kuulo- ja näköharhojen esiintyminen on yleisempää niillä, joilla kuulo tai näkö on heikentynyt. (Suontaka-Jamalainen 2011, 7.) Näköharhat ovat konkreettisia, ihmisiä, eläimiä ja maisemia, jotka ilmestyvät usein hämärässä, jolloin ei välity ”tervettä” aistimateriaalia. Hämärässä sisältä kumpuava vääristynyt muistimateriaali saa aikaan näköharhoja. Muistisairaant saattavat nähdä matoja ja hyönteisiä sekä tuntea eliöiden esimerkiksi kävelevän ja kiemurtelevan ihollaan. (Hallikainen ym. 2014, 53.) Kuuloharhat ovat näköharhoja harvinaisempia muistisairailta. Kuuloharhat eivät ole muistisairailta suoranaista puhetta, vaan useimmiten ne ovat ei-sanallisia ääniä kuten rapinaa tai askeltamista. Kuuloharhat voivat liittyä harhaluuloihin, esimerkiksi muistisairas voi kuvitella seinänaapurin havittelevan hänen asuntoaan ja huutelevan seinän takana uhkauksiaan. (Hallikainen ym. 2014, 53.)

**Masennusta** esiintyy vaikea-asteisena 5–15 %:lla muistisairaista sekä lievänä noin 25 %:lla (Koponen 2010). Se on yleisin muistisairailta oleva psykiatrinen oire, jonka on todettu olevan jokin verran yleisempää vaskulaarista dementiaa sairastavilla kuin Alzheimer-potilailla. Masennuksen esiintyminen muistisairailta on jopa neljä kertaa yleisempää kuin muilla ikäihmisillä. (Saarinen, Kivelä ja Räihä 2010.) Masennus ja muistisairaus liittyvät toisiinsa usealla tavalla. Aiemmin sairastettu vakava masennus on todennäköisesti myöhemmin kehittyvän muistisairauden vaaratekijä. Masennus voi olla myös muistisairauden ensioire. Tämän vuoksi on tärkeää seurata masennuksen vuoksi hoitoon ha-



keutuneiden ikäihmisten tiedonkäsittelyn toimintoja. (Erkinjuntti ym. 2015, 91.) Muistisairas voi masentua, koska kokee omien kognitiivisten ja päivittäisten kykyjen heikkenen, toisaalta taas kolinerogisen ja katekoliaminergisen (adrenaliini, noradrenaliini ja dopamiini) välittäjäainejärjestelmän muutokset voivat heijastua mielialan muutoksina (Koponen 2010). Muistisairailla välittäjäainejärjestelmien toiminta heikkenee aivorungon tumakkeiden vaurion tai valkean aineen vaurioiden vuoksi, aiheuttaen välittäjäaineiden asetyylikoliinin, dopamiinin, serotoniinin ja noradrenaliinin vähentymisen alueilta, jotka ovat käyttäytymisen kannalta tärkeitä (Erkinjuntti 2015, 97).

Muistisairaille tyypillisiä masennusoireita voivat olla alavireisyys, surumielisyys, itkuisuus, mielihyvän kokemisen katoaminen, tyytymättömyys, ärtyneisyys, kielteinen asenne kaikkeen, pelko levottomuus, ahdistuneisuus, itsetuhoinen käytös, toiveet elämän päättymisestä, itsensä laiminlyönti sekä sävy puheissa arvottomuuden, syyllisyyden ja toivottomuuden (Koponen 2010). Muistisairailla itsetuhoisia ajatuksia ilmenee jopa 50 %:lla, mutta vain 1 % yrittää itsemurhaa (Saarinen ym. 2010). Toimintakykyyn liittyviä masennusoireita voivat olla oman toimintakyvyttömyyden korostaminen, toimintakyvyn nopea lasku päivittäisissä toiminnoissa, somaattiset vaivat, laihtuminen, motorikan ja liikkumisen hidastuminen tai yliaktiivisuus. (Hallikainen ym. 2014, 50.) Muistisairauksiin liittyvät masennusoireet kestävät lyhyemmän aikaa kuin muut haasteellisen käyttäytymisen muodot. Vaikeimmat masennuksen oireet kestävät yleensä vain muutamia kuukausia (Koponen 2010). Masennuksella on todettu yhteys muistisairaiden heikentyneeseen elämänlaatuun, toimintakyvyn huononemiseen, ennenaikaiseen pitkäaikaiseen laitoshoitoon joutumiseen, kuolleisuuden lisääntymiseen ja omaisten ja muun lähiyhteisön rasittumiseen (Saarinen ym. 2010).

**Ahdistuneisuus** on tavallinen muistisairauteen liittyvä haasteellisen käyttäytymisen muoto, jonka synnyssä serotoniinivälitteisen toiminnan häiriöllä ajatellaan olevan merkittävä osuus. Sitä tavataan noin 40–50 %:lla muistisairaista jossakin muistisairauden vaiheessa, tavallisimmin kuitenkin lievässä tai keskivaikeassa vaiheessa. (Käypä hoito 2010d.)

Muistisairaavat kärsivät ahdistuksesta, joka ei liity mihinkään erityisiin tilanteisiin, mutta johon liittyy jatkuva levoton, huolestunut, jännittynyt tai kireä olo. Ahdistus oireita koetaan odotus tilanteissa, esimerkiksi omaisen poistuessa ostoksille tai odottaessa seuraavan päivän lääkärikäyntiä. (Erkinjuntti ym. 2015, 93.) Muistisairailla ahdistuneisuus voi myös näyttäytyä kiukkuisuutena ja kiukun tai raivon puuskina. Ahdistuneisuus voi näyttäytyä katastrofireaktiona esimerkiksi hoitotilanteessa. Tuolloin muistisairas kokee menettävänsä oman kontrollinsa ja hallintakykynsä, joka voi ilmetä äkillisenä, voimakkaana itkuisuutena, huutamisena tai aggressiivisuutena. (Hallikainen ym. 2014, 51-52.)

Muistisairailla voi esiintyä paniikkihäiriön kaltaisia ilman selvää syytä ilmaantuvia ahdistuneisuuskohtauksia. Ahdistuneisuus voi olla mukana muistisairaiden levottomuus-, masennus- ja psykoosioireissa. (Erkinjuntti ym. 2015, 93.) Ahdistuneisuus ja siihen liittyvä ärtyneisyys ja psykomotorinen levottomuus ovat usein muistisairasta ja hänen ympäristöään kuormittavia oireita (Käypä hoito 2010d).

Muistisairailla masennuksen vastakohtana voi olla liiallinen hyväntuulisuus eli euforisuus ja yliaktiivisuus. **Kohonneen mielialan** eli manian oireita muistisairailla ovat yliaktiivisuus sekä aktiivisuuden

tason nousu useilla elämän osa-alueilla. Muistisairaalla voi ilmetä touhuilua, josta hän ei tunnu uupuvan, soittelu läheisille ja vieraille ihmisille, aikaisempien tapojen vastaista flirttailua, sopimattomia puheita julkisilla paikoilla tai raha-asoiden järjestelyä huonoin seurauksin. Unen tarve vähenee tai häviää kokonaan. Pidemmällä edenneessä muistisairaudessa kohonnut mieliala voi näyttäytyä motorisena yliaktiivisuutena, levottomana kuljeskeluna ja äänekkyytenä. Kohonneesta mielialasta kärsivä muistisairas on useimmin ärtynyt kuin euforinen. (Hallikainen ym. 2014, 50–51.)

**Apatia** on huonosti tunnettu ja mielletty muistisairaiden haasteellisen käyttäytymisen muoto, joka on yleinen muistisairailla (Erkinjuntti ym. 2015, 92). Muistipotilaista noin kolmanneksella esiintyy apatiaa ja noin 80 %:lla on jossain muistisairauden vaiheessa päivittäisistä toiminnoista selviytymistä heikentäviä aloitteellisuusongelmia (Koponen 2010). Apatiaa on lähes kaikilla vaikeasti muistisairailla ja se alkaa usein jo aivan muistisairauden alussa (Hallikainen ym. 2014, 51). Apatian syntyyn vaikuttaa muun muassa kolinergisen välittäjäainetoiminnan häiriö (Erkinjuntti ym. 2015, 92).

Muistisairailla apatia on mielenkiinnon ja motivaation katoamista, joka useimmiten näyttäytyy aloitekyvyttömyytenä. Tärkeät asiat ja mielenkiinnon kohteet menettävät merkityksensä, eikä apatiasta kärsivä osaa enää kaivata näitä mielihyvää tuottaneita asioita. (Hallikainen ym. 2014, 51.) Apatiaan kuuluvia oireita ovat myös uupumus ja hidastuminen sekä mielenkiinnon menettäminen tulevaisuutta kohtaan (Suontaka-Jamalainen 2011, 6). Tunne elämän latistuminen aiheuttaa sen, että ilot, surut, viha ja hellyys saattavat kadota (Hallikainen ym. 2014, 51). Akineettinen mutismi on apatian äärimmäinen muoto, jossa muistisairas ei juurikaan spontaanisti liiku tai puhu ja tarvitsee apua päivittäisissä toiminnoissa (Erkinjuntti ym. 2015, 92). Muistisairaalle omaisille apatian oireet ovat raskaita (Suontaka-Jamalainen 2011, 6).

### 3.2 Käyttäytymisen oireet

Epätarkoituksenmukaista **aggressiivista**, motorista tai äänenkäyttöön liittyvää käyttäytymistä kutsutaan **levottomuudeksi** eli agitaatioksi. Tämän kaltaisen käyttäytymisen taustalla on usein kipu, huono olo, suru tai masennus, joita muistisairas ei kykene ilmaisemaan ja joita hoitajien on vaikea tunnistaa. (Erkinjuntti ym. 2015, 92.) Aggressiivisen käyttäytymisen kirjo on laaja, mutta tavallisimpia aggressiivisen käyttäytymisen muotoja ovat huutaminen, kiroilu, potkiminen, töniminen, sylkeminen ja esineiden särkeminen (Hallikainen ym. 2014, 54). Levottomuusoireet ovat tavallisimpia muistisairauden myöhäisvaiheen oireita, joista kärsii 50–60 % muistisairaista. Nämä oireet kuormittavat voimakkaasti muistisairaalle lähiympäristöä ja ovat vaikeimmissa muodoissaan ajallisesti pitkäkestoisia sekä hoitoratkaisuiltaan vaativia. (Koponen 2010.)

Aggressiivisen käyttäytymisen on todettu lisääntyvän muistisairauden edetessä ja laitoshoidon siirryttäessä (Erkinjuntti 2015, 93). Masennukseen sairastuneilla muistisairailla on todettu suurempi todennäköisyys aggressiiviseen käyttäytymiseen. Tutkimuksissa on myös ilmennyt fyysisen aggressiivisuuden olevan voimakkaasti yhteydessä masennukseen, antipsykoottisen lääkityksen käyttöön ja fyysiseen rajoittamiseen. (Jauhola 2010, 9.) Vaaratekijöinä aggressiiviselle käyttäytymiselle on pidetty myös miessukupuolta ja varhaista muistisairauden alkamisikää (Erkinjuntti 2015, 93). Leonard,

Tinetti, Allore ja Drickkamer (2006) tutkivat muistisairailta aggressiivisuuteen yhteydessä olevia tekijöitä vanhainkodeissa. Tutkimuksen tuloksissa todettiin masennuksen, harhaluulojen, hallusinaatioiden ja ummetuksen olevan yhteydessä aggressiivisuuteen. Hengitystieinfektioilla, virtsatieinfektioilla, kuumeella tai kivulla ei tutkimuksessa todettu olevan yhteyttä muistisairaahan aggressiivisuuteen. (Leonard ym. 2006.)

**Estottomuus** eli impulssikontrolli on usein muistisairailta häiriintynyt (Hallikainen ym. 2014, 54). Muistisairaiden impulssikontrolli heikentyy koska aivojen frontaalisissa rakenteissa ja säätelymekanismeissa syntyy vaurioita. Estottomuutta esiintyy otsaohimolohkorappeumassa, mutta sitä ilmenee myös muissakin muistisairauksissa. (Erkinjuntti ym. 2015, 94.) Muutokset impulssikontrollissa näyttyvät epätarkoituksenmukaisina käyttäytymismalleina ja vasteina sisältä ja ulkoa tuleville ärsykeille (Hallikainen ym. 2014, 54).

Estottomuus voi ilmetä jatkuvasti toistuvana kuljeskeluna, tavaroiden kanniskeluna ja keräilyinä, ihmisten kosketteluna sekä ruuan ahmimisena tai syötäväksi sopimattomien esineiden suuhun laittamisena. Äänen käyttöön liittyvät muutokset kuten kovaääninen laulaminen lauseiden toistaminen tai muu ääntely, ovat myös estottomuuden ilmenemismuotoja. Tämän kaltainen käyttäytyminen johtuu siitä, että kävely ja puhe ovat elämämme aikana ohjelmoituneet aivoihimme ja muistisairauden myötä kävely ja puhe irtaantuvat otsalohkojen kontrollista. Muistisairaavat itse eivät juurikaan kärsi näistä oireista, mutta tällainen käyttäytyminen uuvuttaa ympäristön. (Hallikainen ym. 2014, 54.)

Muistisairauksissa voi tulla esille **poikkeavaa motorista käyttäytymistä** eli erilaisia motorisia oireita. Vaskulaarisissa heikentymissä esiintyy tasapaino- ja kävelyvaikeuksia. Töpöttävä kävely voi kertoa pienten suonten vaskulaarisesta aivosairaudesta. Hypokinesia eli epänormaalin hitaat ja heikot lihasliikkeet, rigiditeetti eli lihas kankeus ja jäykkyys sekä vapina ovat yleisiä muistipotilailla. Pitkälle edenneessä Alzheimerin taudissa esiintyy jäykkyyttä ja hypokinesiaa. Lewyn kappale -taudissa ja Parkinsonin tautiin liittyvässä muistisairaudessa oirekuvaa hallitsevat ekstrapyramidaalioireet (parkinsonismoireet, akuutit dystoniat eli neurologiset liikehäiriöt sekä lääkkeen aiheuttama levottomuustila akatisia). Primitiiviheijasteita (tarttumis- ja imemisheijaste) esiintyy pääasiassa otsaohimolohkorappeumissa. (Nissinen 2013, 9.)

**Unen häiriöt** ovat psykoottisten oireiden ja levottomuusoireiden ohella tärkeimpiä laitoshoitoon johtavia haasteellisen käyttäytymisen muotoja (Erkinjuntti ym. 2015, 94). Muistisairailta unen häiriöt ovat yleisiä ja niitä esiintyy noin neljänneksellä muistisairaista (Koponen 2010). Ongelmana ei niinkään ole unen puute, vaan vuorokausirytmien muuttuminen. Muistisairailta vuoteessa vietetty aika kasvaa, koska muistisairaavat nukkuvat paljon myös päivällä. Yöllä nukuttu aika jää lyhyeksi ja unen laatu muuttuu. (Erkinjuntti ym. 2015, 94.) EEG-tutkimuksissa muistisairailta on todettu vähentynyt REM-unen määrä, pidentynyt REM-latenssi eli aika, joka kuluu nukahtamisesta REM-vaiheen alkuun sekä runsaampi valvejaksojen määrä (Koponen 2010; Erkinjuntti ym. 2015, 94). Unihäiriöiden taustalla voi olla ahdistuneisuus, masennus tai levottomuus sekä somaattiset sairaudet ja lääkehoidot (Erkinjuntti 2015, 94).

Muistisairauksien yhteydessä vähentynyt ravinnonsaanti ja siitä johtuva laihtuminen on tavallista (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010). Painon laskiessa haurastuminen ja lihaskato lisääntyvät, toimintakyky heikkenee ja kaatumiset sekä murtumat lisääntyvät (Pitkälä, Savikko, Pöysti, Laakkonen, Kautiainen, Strandberg ja Tilvis 2013, 62). **Ruokahalun ja syömisen häiriöt** ovat erittäin yleisiä edenneessä muistisairaudessa ja jonkin asteista ruokailuapua tai valvontaa tarvitaan lähes aina (Alzheimer's Disease International 2014, 45). Aluksi muistisairaille ilmenee ongelmia kaupassa käymisessä ja ruokailun muistamisessa, myöhemmässä vaiheessa alkaa ilmetä energiankulutusta lisäävää levottomuutta ja vaeltelua sekä ruualla sotkemista ja loppuvaiheessa nielemisvaikeuksia (Pitkälä ym. 2013, 62). Muistisairauksissa ruokailun vastustaminen on yleistä, nieleminen hidasta ja huonosti koordinoitua. Nielemisvaikeudet voivat aiheuttaa tukehtumisen tai ruuan välttelyä. Todisteet viittaavat siihen, että muistisairauteen liittyvä aivojen surkastuminen voi vaikuttaa ruokahalun säätelyyn ja energiatasapainoon vaikuttaviin aivoalueisiin. (Alzheimer's Disease International 2014, 45–46.) Vaikeudet ruokailussa ja nälkä saattavat lisätä unettomuutta ja haasteellista käyttäytymistä (Pitkälä ym. 2013, 62).

Runsaasti liikkuvan, levottoman tai aktiivisen muistisairaalan energiantarve on suuri kun taas terveen ikääntyvän energiantarve pienenee. Muistisairauden edetessä ja haasteellisen käyttäytymisen lisääntyessä riittävän energian ja proteiinin saannin varmistaminen korostuu. (Hallikainen ym. 2014, 244.) Muistisairaalan painon lasku voi siis johtua levottomuuden ja vaeltelun aiheuttamasta energian lisääntyneestä kulutuksesta tai heikentyneen toimintakyvyn, hahmottamisvaikeuksien ja käyttäytymisen muutosten aiheuttamasta vähentyneestä ravinnonsaannista. Muistisairaille ruokailurytmin muutokset, syömisvaikeudet, mieltymys makeaan, muutokset maku- ja hajuaistissa sekä käyttäytymisessä ja toimintakyvyn heikkeneminen johtavat ravitsemustilan heikkenemiseen ja aiheuttavat painon putoamisen (Pitkälä ym. 2013; Hallikainen ym. 2014, 248.) Muistisairaiden painon putoaminen ja laihtuminen lisäävät sairastuvuutta ja heikentävät elämänlaatua, joten muistisairaiden laihtumisen ehkäisyyn tulisi erityisesti kiinnittää huomiota (Pitkälä ym. 2013, 62).

#### 4 HAASTEELLISESTI KÄYTTÄYTYVÄN MUISTISAIRAAN HOITO

Haasteellista käyttäytymistä tulee hoitaa silloin, kun se kuormittaa muistisairasta, heikentää muistisairaan kykyä huolehtia itsestään, vaikuttaa sosiaaliseen vuorovaikutukseen tai toimintakykyyn. Hoitoa haasteelliseen käyttäytymiseen tarvitaan myös silloin kun oireet aiheuttavat vaaratilanteita muistisairaalalle itselleen tai muille, vaikuttavat hoitopaikkaratkaisuuksiin tai omaiset eivät jaksakaan hoitaa muistisairasta haasteellisen käyttäytymisen vuoksi. (Erkinjuntti ym. 2015, 474.) Ravelin (2008,30) mukaan hoitotyön keinoilla tarkoitetaan hoitohenkilökunnan käyttämiä menetelmiä, joilla on tarkoitus auttaa muistisairasta edistämään terveyttään ja tulemaan toimeen sairautensa ja sen aiheuttamien rajoitusten kanssa. Lisäksi hoitotyön keinoilla tarkoitetaan sekä hoitajan käyttämiä hoitotyön keinoja että menetelmiä, joissa hoitaja työskentelee jonkun muun ammattialueen asiantuntijan kanssa.

Haasteellisen käyttäytymisen hoidossa käytetään ensisijaisesti lääkkeettömiä hoitomuotoja (Eloniemi-Sulkava 2010). Lääkkeettömällä hoidolla eli hoitotyön keinoilla tarkoitetaan ensisijaisesti muistisairaasta ja hänen tarpeistaan huolehtimista mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti. Laajemmin tarkasteltuna hoitotyön auttamiskeinoilla tarkoitetaan erilaisia psykososiaalisia hoidollisia lähestymistapoja, opastusta ja ohjausta sekä vuorovaikutukseen ja muistisairaahan ympäristöön vaikuttamista. (Erkinjuntti ym. 2015, 475.) Iso-Britanniassa tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että ei-lääkkeellisten lähestymistapojen käytöllä on muistisairaiden hoidossa parantava vaikutus muistisairaahan elämänlaatuun ja toimintakykyyn (Curtin 2010, 370). Muistisairaahan toimintakyvyn puutteita ja jäljellä olevaa toimintakykyä tuetaan hoidolla sekä hoitoympäristön avulla. Avuttomuuden korostamista ja perusteetonta rajoittamista pyritään välttämään. Haasteellista käyttäytymistä pyritään ehkäisemään mahdollisuuksien mukaan. Muistisairaasta itsestään pelottavilta tuntuvat, loukkaavat tai häkellyttävät toimet kuten esimerkiksi peseytyminen voi johtaa aggressiiviseen käyttäytymiseen. Haasteellisen käyttäytymisen hoidoksi voi riittää hyvin tehty tilanteen arviointi, käyttäytymisen syiden selvittäminen ja arkijärkeen perustuva ohjaus. (Erkinjuntti ym. 2015, 475.)

Haasteelliseen käyttäytymiseen voidaan pyrkiä vaikuttamaan suoraan tai välillisesti. Lääkehoito on suoraviivaista vaikuttamista, jota suositellaan yleensä käytettäväksi muun hoidon tukena määräämällä (Eloniemi-Sulkava ym. 2011, 19). Pitkäaikaishoidossa olevan muistisairaahan haasteellista käyttäytymistä saattaa kuitenkin olla vaikeaa vähentää yksin hoitotyön avulla tai sen teho on yksinään vaatimatonta. Näissä tilanteissa psykoaktiivisten aineiden käyttö yhdessä lääkkeettömän hoidon kanssa voi olla tarpeen. (Curtin 2010, 370.) Välillisiä hoitomuotoja eli hoitotyön käyttämiä keinoja ja menetelmiä ovat käyttäytymistä muokkaava hoito, psykososiaaliset hoitomuodot, psykomotoriset hoitomuodot, ympäristön parantaminen, omaishoitajien tuki ja ohjaus sekä henkilökunnan koulutus. Useista psykososiaalisen hoidon muodoista on saatu hyviä tuloksia. Näiden hoitojen vaikuttavuus perustuu taitoon räätälöidä sopivia menetelmiä eri ihmisille. Laaja-alaisesta muistisairaiden tarpeisiin kohdistuvasta räätälöidystä hoidosta on taas saatu rohkaisevia tuloksia. (Eloniemi-Sulkava ym. 2011, 19.)

#### 4.1 Tarpeisiin kohdistuva räätälöity hoito

Tarpeisiin kohdistuvassa ja räätälöidyssä hoidossa muistisairaahan haasteellista käyttäytymistä pidetään tarpeiden, toiveiden ja pyrkimysten viesteinä, joita muistisairas ei kognitiivisten muutosten vuoksi kykene ilmaisemaan muulla tavalla. Hoito on muistisairasta emotionaalisesti tukevaa ja kokonaisvaltaista. Tarpeisiin kohdistuvassa ja räätälöidyssä hoidossa muistisairasta kuunnellaan ja hänen tilanteensa selvitetään laaja-alaisesti, jotta voidaan löytää syitä haasteelliseen käyttäytymiseen. Muistisairaahan somaattinen tilanne selvitetään huolellisesti, lääkitystä arvioidaan, haasteellisen käyttäytymisen tilanteet kuvataan tunnesisältöineen ja omaiselta kerätään elämäntietoa ja persoonallisuustietoa. Haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaahan hoidossa parhaaseen tulokseen voidaan päästä muistisairasta havainnoiden ja kuunnellen, yhteistyössä omaisen ja moniammatillisen työryhmän kanssa. (Eloniemi-Sulkava 2010.)

Hoitajien tuntiessa **muistisairaahan elämänhistoriaa** ja taustaa, he osaavat suhtautua muistisairaaseen empaattisemmin, tuntevat heitä kohtaan lämpimämpiä tunteita ja ymmärtävät heitä paremmin kuin, jos he eivät tunne muistisairasta ja hänen elämänhistoriaansa (Hohenthal-Antin 2013, 31–32). Muistisairaahan hyvin tuntevat hoitajat voivat mahdollistaa muistisairaille elämän aikana tärkeiksi muodostuneiden asioiden jatkumisen myös hoito- ja hoivaympäristössä (Aavaluoma 2015, 226). Elämänhistorian tuntemisen on todettu vähentävän merkittävästi muistisairaahan verbaalista aggressiivisuutta. Sen on todettu myös lisäävän hoitotyön suunnitelmallisuutta ja auttavan hoitajia valitsemaan yksilöllisiä auttamismenetelmiä haasteellisesti käyttäytyvien vanhusten hoidossa. (Jauhola 2010, 40.)

Muistisairaahan käyttäytymiseen vaikuttavista tekijöistä voidaan saada tietoa muistisairaahan kertomuksista itsestään ja elämästään, hänen toimintatavoistaan sekä tunneilmaisista (Eloniemi-Sulkava ym. 2011, 23). Muistisairaahan taustatietoihin perehtyminen auttaa ymmärtämään hänen käyttäytymistään ja helpottaa kommunikointia muistisairaahan kanssa. Puheen tuottamisen ja ymmärtämisen sekä muistin heikentyessä elämänhistoriatietojen avulla voidaan säilyttää ja ylläpitää muistisairaahan tarina. Muistisairaahan oman tarinan ylläpitämisen avulla voidaan tukea hänen heikentyvää minuuttaan ja lohduttaa häntä sillä, että eletty elämä on ollut tärkeää. (Semi 2015, 53.)

Useissa muistisairaiden hoitopaikoissa käytetään elämäntietoa kokoavia lomakkeita, joiden tarkoituksena on lisätä hoitajien ymmärrystä muistisairaahan elämäntarinaa kohtaan ja varmistaa yksilöllinen sekä hyvä hoito jokaiselle (Aavaluoma 2015, 226). Elämäntietolomakkeen sijasta muistisairas voi tehdä yksin tai yhdessä omaisten kanssa elämäntarinakirjan, johon voi tallettaa omaelämäkerrallista tietoa ja muistoja esimerkiksi tekstin ja kuvien avulla. Elämäntarinakirjaa voidaan käyttää esimerkiksi ennen sukulaisten vierailua palauttamaan mieleen ketä on tulossa käymään, selventämään omaa elämänhistoriaa ja ikää sekä oman identiteetin vahvistamiseksi ja elämän hahmottamiseksi. (Hallikainen ym. 2014, 72.) Subramaniam, Woods ja Whitaker (2014, 373–374) arvioivat elämäntarinakirjan vaikutuksia muistisairaisiin pohjois- walesilaisissa hoitokodeissa. Osa tutkimukseen osallistuneista kehitti elämäntarinakirjan itse ja osa sai kirjan lahjana. Elämäntarinakirjan todettiin parantavan omaelämäkerrallista muistia, erityisesti parannusta tuli asi tiedoissa ja elämäntapah-

tumatiedoissa. Myös Alzheimer-potilaiden elämänlaatua mittavaan testin tulokset parantuivat. Kirjan kehittäminen itsessään ei parantanut tuloksia, sillä parannuksia havaittiin vasta silloin, kun molemmat ryhmät saivat elämäntarinakirjan käyttöönsä. Elämäntarinakirjan luominen ja käyttäminen hoitotyössä kommunikoitaessa muistisairaana kanssa nähtiin arvokkaaksi terapeuttiseksi lähestymistavaksi tukea muistisairasta.

Elämänkaaritietoa koottaessa on tärkeää ottaa huomioon keneltä tietoa kysytään ja miten se kootaan, jotta tieto kertoisi totuuden muistisairaana henkilökohtaisesta elämästä ja arvoista. Monesti on vaikeaa tehdä raja toisen tuntemuksen ja oman tulkinnan välillä. Puolisolta ja lapsilta voi kysyä tietoa tapahtumista, lasten syntymävuosista, muutoista ja työpaikoista. Elämänkaaritietoa kerättyä puoliso voi kirjata kaavakkeelle oman käsityksensä tai toiveensa siitä, mikä olisi hyväksi hänen puolisolleen ja mistä toivoisi tämän pitävän. Aikuiset lapset eivät useinkaan tiedä vanhempiensa henkilökohtaisemmista asioista tai aikuisen lapsen näkökulmasta vanhemman elämä saattaa näyttää hyvin erilaiselta kuin vanhemman itsensä mielestä. Lapset voivat myös tietämättömyyttään kieltää vanhempiensa kertomien asioiden todenmukaisuuden, sillä vanhemmilla saattaa olla salaisia tarinoita ja kokemuksia, joita he ovat pitäneet omana tietonaan lapsia suojellakseen. Elämänkaarilomaketta ei tulisi antaa heti hoitoyksikköön tullessa omaisille vaan tietoa tulisi alkaa koota yhteisissä keskusteluissa, joissa muistisairas ja hänen läheisensä ovat läsnä. Omaiset voivat täyttää elämänkaarilomaketta yhdessä muistisairaana kanssa tai omaisen täyttämä lomake voidaan käydä läpi keskustelemalla muistisairaana, hoitajan ja omaisen läsnä ollessa. Elämänkaaritietoa kootaan vähitellen ja täydentäen. (Avaluoma 2015, 226–228.)

**Hoitaja voi omalla käyttäytymisellään ja toiminnallaan** vaikuttaa haasteellisen käyttäytymisen ilmenemiseen, esimerkiksi hoitaja voi omalla käyttäytymisellään ehkäistä tai laukaista muistisairaana levottomuuden (Jauhola 2010, 40; Hallikainen ym. 2014, 87). Muistisairaana olotilaa ei tulisi lääkittää rauhalliseksi, sen vuoksi, että kyseinen käytös häiritsee hoitajaa. Mikäli hoitaja kokee olonsa muistisairaita hoidettaessa ahdistuneeksi tai ärtyneeksi, voidaan hoitajan ymmärrystä ja sietokykyä muistisairaita kohtaan lisätä koulutuksen, työnohjauksen ja työryhmässä tapahtuvien keskustelujen avulla. (Avaluoma 2015, 234–235.) Hoitajien vuorovaikutustaidot ja hoitohenkilökunnan väliset hyvät suhteet ovat myös erittäin tärkeässä roolissa hoidettaessa muistisairaita, sillä hoitohenkilökunnan huonot suhteet voivat aiheuttaa muistisairaille turvattomuutta, joka voi purkautua monenlaisena haasteellisenä käyttäytymisenä. (Avaluoma 2015, 234–235.)

Tarpeisiin kohdistuvan, räätälöidyn lähestymistavan mukaisesti toimivat hoitajat voivat selviytyä haasteellisiksi koetuista tilanteista hyväksymällä muistisairaana tunteet ja tarpeet, sillä muistisairaalla on myös oikeus olla vihainen, loukkaantunut ja ärtynyt (Saarnio ja Isola 2010, 329). Käyttäytymistä voidaan yrittää ymmärtää etsimällä johtolankoja muistisairaana elämänhistoriasta, käyttäen hyväksi tietoa käyttäytymisen muutoksista ja mahdollisuuksista auttaa sekä suhtaudutaan tilanteeseen rauhallisesti ja lämpimästi (Hallikainen ym. 2014, 87–88).

Haasteellisista tilanteista muistisairaiden kanssa voi selvitä vaihtamalla omaa lähestymistapaansa muistisairasta kohtaan, esimerkiksi antamalla muistisairaalle aikaa, pitämällä tauon hoitotoimista,

kun ne eivät suju tai kääntämällä muistisairaahan huomion toiseen asiaan (Hallikainen ym. 2014, 87–88). Tarpeenmukaisessa, räätälöidyssä hoitotyössä hoitajan persoona on keskiössä. Oman persoonan, huumorin ja luovuuden käytöllä hoitajat voivat ratkaista hankalia tilanteita ja löytää ratkaisuja haasteellisiin tilanteisiin (Jauhola 2010,40). Huumorin avulla voidaan ratkaista aggressiivisuus kohtauksia positiivisesti tai kääntää muistisairaahan epäonnistuminen arkiaskareissa myönteiseksi asiaksi (Isola ym. 2005, 149; Jauhola 2010,40). Luovilla keinoilla kuten tuttujen laulujen ja lorujen käytöllä voi myös helpottaa haasteellisia tilanteita. (Hallikainen ym. 2014, 87–88.) Haasteellisesti käyttäytymää muistisairasta ohjattaessa taas viestien perillemeno voidaan tehostaa kosketuksella, katsekontaktilla, elekielellä ja kahdenkeskisillä tilanteilla (Isola ym. 2005, 150).

Naomi Feil kehitti vuosina 1963–1980 **validation** –toimintatavan, joka on vaativa terapiamuoto. Kyseessä on kommunikaatioterapia, joka pohjautuu kunnioittavaan ja empaattiseen asenteeseen muistisairasta kohtaan hänen kamppaillessaan ratkaisemattomien kehityshaasteiden kanssa. Validaatiossa kaikki ihmiset nähdään ja heitä kohdellaan yksilöinä. Muistisairas nähdään arvokkaana huolimatta hänen sairautensa asteesta. Validaatiota voidaan käyttää kahdenkeskisissä tilanteissa tai ryhmämuotoisesti. Validaatiossa luottamusta herätetään kysymyksillä ja muistelun avulla sekä herätellään unohdettuja selviytymistapoja uudelleen käyttöön. Muistisairasta tarkkaillaan ja hänen liikkeitään ja tunnetilojaan peilataan. Hoitaja linkittää haasteellisen käyttäytymisen kohtaamattomaan tarpeeseen ja tunnistaa muistisairaahan suosiman aistin sekä käyttää sitä avukseen. Ilmaisun apuna käytetään kosketusta ja musiikkia kun sanoja ei ole. (Aavaluoma 2015, 288–291.)

Haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa validaatio on empaattinen ja vuorovaikutteinen menetelmä, jossa kunkin muistisairaahan tunnemaailma nähdään muistisairaahan henkilökohtaisena elämänkehiksenä. Muistisairaahan tunteita kunnioitetaan sekä tuetaan muistisairasta kohtaamaan omia muistoja ja toiveita, näin autetaan elämänkehiksen kohtaamisessa. Muistisairaahan kanssa pyritään keskustelemaan asioista, eikä heidän toiveitaan kielletä tai tyrmätä. Keskusteluissa vedotaan järkisyihin ja muistisairaahan toive voidaan lykätä tulevaisuuteen. Validaatiossa vuorovaikutustilanteissa pyritään tavoittamaan muistisairaahan kokemusmaailma. (Jauhola 2010, 41.)

Validaatio edustaa muistisairaahan tarpeisiin kohdentuvaa ja räätälöityä hoitoa. Sen on todettu parantavan muistisairaahan kävelykykyä, suoristavan istuma-asentoa ja saavan muistisairaahan avaaman silmänsä. Sanallisen ja sanattoman vuorovaikutuksen on todettu lisääntyvän. Itku, takominen, liiketoistot ja aggressiivisuus vähenivät validaatioterapiaan osallistuneilla muistisairailla. (Feil 1993, 43.) Laitoshoidossa validoivan lähestymistavan on todettu vähentävän vanhusten vaeltelua (Jauhola 2010, 41). Validaatioterapiaa saaneiden on todettu tarvitsevan vähemmän lääkkeitä ja fyysistä rauhoittamista. (Feil 1993, 43.) Ryhmässä toteutetun validaation on todettu tuottavan energiaa, lisäävän keskittymistä ja estävän vetäytymistä. Ryhmä auttaa muistisairaita yhdessä ratkaisemaan erilaisia tilanteita ja rohkaisee muistisairaita huolehtimaan toisistaan, sekä aktivoi osallistujien vanhat perheroolit suhteessa toisiin ryhmäläisiin. (Aavaluoma 2015, 292.)



## 4.2 Käyttäytymistä muokkaava hoito

Käyttäytymistä muokkaavassa hoidossa käydään läpi ei-toivottua käyttäytymistä laukaisevat muistisairaajan ajatuksenkulut, tapahtumat ja ympäristön piirteet. Haasteellista käyttäytymistä **laukaisevat tekijät pyritään poistamaan** tai niitä pyritään vähentämään. Muistisairaajan fyysisen ympäristön muutostyöt ovat muun muassa käyttäytymistä muokkaavaa hoitoa. (Eloniemi-Sulkava 2010.) Ympäristön parantamisella muutetaan ympäristöä ottamaan huomioon muistisairaajan tarpeet ja kognitiivisten oireiden tuottamat vaatimukset. Muistisairasta tukevan ympäristön on todettu auttavan orientoitumisessa aikaan ja paikkaan, tukevan hahmottamista, olevan selkeä ja antavan aisteille myönteisiä virikkeitä, olevan esteetön liikkua, valoisa, viihtyisä ja turvallinen. (Eloniemi-Sulkava ja Savikko 2011, 24.)

## 4.3 Psykososiaalinen hoito

Psykososiaalinen hoito tukee muistisairaajan tunne-elämää ja psyykkistä toimintakykyä. Minuutta tukevilla ja turvallisella vuorovaikutuksella pyritään parantamaan muistipotilaan hyvinvointia. Psykososiaalisen hoidon keinoja ovat esimerkiksi muistelu, kuvataiteet, tanssi ja musiikki. Virikkeellisten hoitomuotojen tavoitteena on mielihyvän kokemusten tuottaminen muistipotilaalle esimerkiksi tanssin, laulun tai lemmikkieläimien kautta. Sopivan menetelmän valinnassa huomioidaan muistisairaajan mieltymykset, elämänkulku, persoonallisuus ja nykytilanne. Psykososiaalisia hoitomuotoja käytetään muistisairaajan räätälöidyn hoidon osana. (Eloniemi-Sulkava 2010.)

**Muistelu** on oman elämän tarkastelua ja jäsentämistä, jota voidaan pitää eräänlaisena terapia-muotona, jonka avulla voidaan vahvistaa itsetuntoa ja tarjota muistisairaalle täyttymyksen ja lohdun tunteita (Stenberg 2015, 4). Muistelua on käytetty eri muodoissaan muistisairaiden hoidossa yli 20 vuotta. Se sisältää keskustelua menneistä toiminnoista, tapahtumista ja kokemuksista, yleensä käyttämällä apuna konkreettisia asioita kuten valokuvia, tuttuja esineitä menneisyydestä, musiikkia ja arkistoäänitteitä. (Woods, Spector, Jones, Orrell ja Davies 2005.)

Muistelussa pyritään tuottamaan muistisairaalle mielihyvää ja vahvistamaan heidän identiteettiään sekä auttamaan heitä toteuttamaan itseään ja käsittelemään tunnetilojaan. (Erkinjuntti ym. 2015, 477; Stenberg 2015,7). Muistelu on hyvä vuorovaikutusmenetelmä, jossa korostuvat arvostava kohtaaminen, aito läsnäolo, muistisairaajan elämäntilanteeseen eläytyminen sekä hänen kanssaan keskustelu ja kuuntelu. Muistelutilanteet mahdollistavat muistisairaajan ja hoitajan tasavertaisen kohtaamisen ja muistisairaajan toimimisen oman elämänsä asiantuntijana. Muistelun avulla voimme yksilöidä muistisairaita, oppia tuntemaan heidät paremmin, lisätä heidän kokemuksellista hyvinvointiaan sekä parantaa heidän elämänlaatuaan. Muistelun avulla voimme saada myös tärkeää tietoa muistisairaajan hoito- ja palvelusuunnitelmaan (Stenberg 2015, 4-16-) Haasteellisesti käyttäytyvillä muistisairaille muistelun on todettu lisäävän hyvää mieltä, parantavan kognitiivisia toimintoja ja voivan vähentää muistisairaajan vaeltelua. Sen on todettu myös olevan merkittävä haasteellisen käyttäytymisen hoitomuoto muistisairaille. (Jauhola 2010, 41.) Useimmat muistisairaajat nauttivat muistelusta, mutta he

joilla on taipumus murehtia tai juuttua asioihin eivät välttämättä hyödy muistelusta, vaan muistelu vangitsee heidän ajatuksensa negatiivisiin asioihin (Stenberg 2015,9).

Muistelu lievittää muistisairaiden masennusoireita ja ryhmässä tapahtuvan muistelun on todettu voivan auttaa muistisairaita, joilla on masennusta (Blake 2013; Huang, Chen, Chen, Huey-Lan Hu, Liu, Kuo ja Chiu 2015; Gonzales, Mayordomo, Torres, Sales ja Melendez 2015, 1735). Muisteluterapian on todettu parantavan muistisairaiden henkistä hyvinvointia, itsensä hyväksymistä, positiivisia suhteita muihin, itsenäisyyttä ja ympäristön hallintaa (Gonzales ym. 2015, 1735). Woods, Spector, Jones, Orrell ja Davies (2005) toteavat Cochrane katsauksessaan muistelulla olevan jonkin verran hyödyllisiä vaikutuksia kognitioon ja siinä erityisesti oma elämäkerralliseen muistiin sekä mielialaan. Muistelun todettiin myös lisäävän hoitohenkilökunnan tietämystä hoidettavistaan. Cochrane katsauksessa mukana olleiden muisteluun liittyvien tutkimusten näytön aste oli kuitenkin vain kuvaileva ja havaintoihin perustuva, joten niiden perusteella on liian aikaista antaa arviota muistelun tehokkuudesta. Huang ym. (2015, 1087) ovat tehneet meta-analyysin satunnaistetuista kontrolloiduista tutkimuksista koskien muisteluterapiaa. Heidän meta-analyysinsä osoittaa, että muisteluterapia on tehokas keino parantaa kognitiivisia toimintoja ja masennusoireita muistisairaille. Tulosten perusteella säännöllisen muisteluterapian sisällyttämistä osaksi rutiinihoitoa tulisi harkita, erityisesti laitoshoidossa asuvilla muistisairaille.

Muistelutyössä käytetään tietoisia ja tahallisia herätteitä. Muistia aktivoidaan aistialueen herätteillä sekä toiminnallisilla virikkeillä. Aistialueiden herätteitä ovat esimerkiksi kuvat, esineet, materiaalit, äänet, maut ja tuoksut. Toiminnallisia virikkeitä taas ovat dramatisointi, liike, rytmi, maalaaminen ja musiikki. Muistelussa muistoja etsitään yhdistämällä muistiherätteet toimintoihin (Taulukko 2). Tässä tulee ottaa huomioon osallistujien ainutlaatuiset elämäkokemukset, jotta osataan hyödyntää heille sopivia toimintoja sekä herätteitä. Tavoitteena on eri toimintojen avulla innostaa muistelu ryhmän jäseniä muistamaan unohdettuja tapahtumia tai tilanteita ja kertomaan niistä. (Stenberg 2015, 28–30.)

Eloniemi-Sulkava ym. (2011, 23) on todennut, että muistisairaana tunneilmaisista ja lyhyistä kertomuksista elämästään saadaan tietoa hänen elämänsä historiastaan ja käyttäytymiseensä vaikuttavista tekijöistä. Tällaisen tiedon keräämisessä muistelu on oivallinen apukeino, sillä muistellessaan muistisairas ilmaisee omia tunteitaan ja kertoo omaa tarinaansa. Muistisairaana elämänsä historia tietoa voidaan myös käyttää muistelun apuna, sillä elämänsä historian tunteminen mahdollistaa yksilöllisten menetelmien käytön muistelussa. Esimerkiksi Stenbergin (2015, 28–30) mainitsemien muistelussa käytettyjen herätteiden ja toimintojen valinta on helpompaa, kun tunnetaan muistisairaana elämänsä historiaa.

TAULUKKO 2. Muistiherätteiden yhdistäminen toiminnallisiin menetelmiin. Mukailten Stenberg (2015,31–32).

<b>Kyselykierros ryhmässä</b>	<p>Kysytään jokaiselta ryhmänjäseneltä kysymys, johon pyydetään lyhyt vastaus. Näin voidaan rajata puhelaita sekä rohkaista hiljaisia osallistujia puhumaan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kysytään jokaiselta samat tai samankaltaiset kysymyksen ja pyydetään vastaamaan yhdellä tai kahdella sanalla. Kysytään esimerkiksi missä olet syntynyt? Näillä kysymyksillä voi avata tapaamisen ja saada samalla tietoa osallistujista.</li> <li>• Kyselykierroksen avulla voidaan rohkaista osallistujien mielikuvitusta. Annetaan esimerkiksi pehmolelu koiran kiertää ryhmässä ja kysytään esimerkiksi jokaiselta vuorolleen, jos tämä olisi ollut sinun koirasi lapsena, mikä koiran nimi olisi ollut?</li> </ul>
<b>Korttien ja valokuvien käyttö</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tehdään ryhmässä yhteinen teemoitettu kooste valokuvista, korteista tai lehtileikkeistä. Teemoja voivat olla esimerkiksi lapsuuteni kesät ja talvet.</li> <li>• Kollaasin teko pienryhmätyöskentelynä tai pareittain. Kollaasin tekoon voi käyttää lehtileikkeitä, valokuvia, erilaisia kankaita ja materiaaleja. Kollaasiin voidaan lisätä uusia asioita joka tapaamiskerralla.</li> <li>• Ryhmästä ja yhteisistä tapahtumista voidaan ottaa valokuvia, josta sitten voidaan valmistaa digitaalinen kooste, jota koko ryhmä voi katsoa yhdessä. Kuvien avulla voidaan saada ryhmän jäsenet keromaan itsestään.</li> <li>• Pöydälle voidaan laittaa kortteja, josta jokainen saa valita kortin, joka tuo mieleen muistoja. Kortteja voidaan pyytää valitsemaan eri teemoista, esimerkiksi koulunkäynti tai harrastukset.</li> <li>• Apuna voi käyttää myös Suomen Mielenterveysseuran Mirakle-hankkeessa kehitettyjä Myönteisen muistelun kortteja tai Ateneumin taidemuseon kokoamaa taidekorttipakkaa.</li> </ul>
<b>Äänien ja musiikin käyttö</b>	<p>Musiikki herättää tunteita, muistoja sekä mielihyvää ja sillä on monta käyttötapaa.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Musiikkia voidaan kuunnella yhdessä tai ryhmässä. Voidaan arvuutella soitettua artistia tai järjestää levyraati, jossa osallistujat antavat pisteitä sekä kertovat kappaleeseen liittyviä muistikuviaan.</li> <li>• Musiikin tahtiin voidaan tanssia.</li> <li>• Ääniä ja arkistoäänitteitä voidaan kuunnella nauhalta ja kertoa niihin liittyviä muistoja.</li> </ul>
<b>Luova muistelu</b>	<p>Luova muistelutyö sisältää taidelähtöisiä sekä tarinallisia ja visuaalisia muistelutyön menetelmiä, joita ovat esimerkiksi dramatisointi, sadutus, sarjakuvatyöskentely, skräppäys, kuva- ja värityöskentely, askartelu ja kirjoittaminen. Luovassa muistelutyössä voidaan kirjoittaa esimerkiksi oma elämäntarina, maalata muistoja tai rakentaa muistelulaatikko.</p>

**Kuvataide ja kuvallinen ilmaisu** sisältää monia erilaisia muotoja kuten taidemaalauksia, grafiikkaa, kuvanveistoa ja valokuvausta. Muistisairas voi nauttia toisten töistä katselemalla ja tunnustelemalla tai hän voi itse luoda taidetta maalaamalla, piirtämällä, muovailemalla ja valokuvaamalla. Kuvallisin keinoin esille voi nousta sellaisia muistoja, joita emme muuten tavoittaisi. Tiedostamattomien ja unohtuneiden kokemusten käsittely sekä tunteiden käsitteleminen kuvallisella ilmaisulla voi tuottaa muistisairaille iloa ja helpotusta. Taiteen katselu yhdessä antaa mahdollisuuden muisteluun, kokemusten ja tunteiden jakamiseen tai hiljaiseen yhdessäoloon. (Hallikainen ym. 2014, 126.)

Taideterapia voi sisältää piirtämistä ja maalaamista sekä myös terapiaa, jossa muistisairas ilmaisee ajatuksiaan ja tunteitaan piirtämisen ja taiteen kautta. Taideterapia stimuloi muistisairasta luovalla tavalla, parantaa sosiaalisen vuorovaikutuksen tasoa ja parantaa taideterapiaan osallistuneiden itsetuntoa. (Hungerford, Jones ja Cleary 2014, 75.) Muistisairaille taideterapia harjoittaa hyvin ihmissuhteita, lisää motivaatiota ja itseilmaisua. Taideterapiaan osallistuessaan muistisairaat ovat osoittaneet enemmän kiinnostusta, jatkuvaa huomiota, iloa ja hyvää itsetuntoa kuin muissa aktiviteeteissa. (Safar ja Press 2011, 97.)

Camic, Tischle ja Pearman (2014, 164–165) tutkivat Iso-Britanniassa muistisairaiden ja heidän hoitajiensa kokemuksia taidegalleria interventioista. Muistisairaat ja heidän hoitajansa kävivät kahdeksan viikon ajan taidegalleriassa, jossa oli tunti taiteen katselua sekä siitä keskustelua, jonka jälkeen muistisairaat tekivät tunnin itse taidetta. Tutkimuksessa kävi ilmi, että tällaiset taidegalleriapohjaiset interventiot edistivät muistisairaiden sosiaalista osallisuutta, paransivat hoitajan ja muistisairaahan hoitosuhdetta, tukivat muistisairaahan persoonallisuutta, stimuloivat kognitiivisia prosesseja ja antoivat muistisairaille mahdollisuuden olla sosiaalinen ja osa lähiyhteisöä. Esker ja Ashton (2013, 13) tutkivat Pohjois-Carolinassa kaksi viikkoa kestävien yksilöllisten maalausistuntojen vaikutusta muistisairaisiin. Yksilöllisten maalausistuntojen todettiin olevan tehokas keino vähentää muistisairaiden passiivista käyttäytymistä. Toiminnan tulee kuitenkin olla jokaiselle yksilöllisesti räätälöityä ottaen huomioon jokaisen taidot, tarpeet ja mielenkiinnon kohteet. Kuvallisen ilmaisun tai taiteiden liittämällä muistisairaahan arkeen, pystytään varmasti merkittävästi hallitsemaan haasteellisen käyttäytymisen oireita.

**Musiikin** kuuntelun on todettu aktivoivan aivoja laaja-alaisesti, mutta laulamisen ja soittamisen on todettu aktivoivan aivoja vielä laaja-alaisemmin. (Numminen, Eloniemi-Sulkava, Topo ja Valtonen 2011; Hallikainen ym. 2014, 124.) Laulamalla, soittamalla ja tanssimalla voidaan aktivoida liikkeeseen liittyviä aivoalueita (Hallikainen ym. 2014, 124). Musiikin kuuntelu aktivoi muistisairaita taputtamaan käsiään ja hyräilemään musiikin tahtiin. Liikkeet muuttuvat tarkoituksenmukaisiksi musiikin avulla ja muistisairaat voivat liikutella käsiään sekä jalkojaan musiikin tahtiin. (Jauhola 2010, 45.) Musiikilla on vaikutusta mielialaan, vireystilaan ja kognitioon (Numminen, Eloniemi-Sulkava, Topo ja Valtonen 2011; Hallikainen ym. 2014, 124).

Musiikkiin liittyvät kognitiiviset kyvyt saattavat säilyä muistisairaalla pidempään kuin muisti ja kielelliset toiminnot. Muistisairaalla laulaminen saattaa onnistua vielä silloinkin kun puheen tuottaminen on vaikeaa. Yhteislaulu esimerkiksi mahdollistaa yhteisen toiminnan, vaikka muuten olisi vaikeaa saada

yhteyttä toisiin. (Hallikainen ym. 2014, 124.) Musiikin kuuntelun on todettu lisäävän sosiaalisten kontaktien luomista ja vuorovaikutusta muiden vanhusten ja hoitohenkilökunnan kanssa. Muistisairaat luovat musiikin avulla aikaisempaa enemmän katsekontakteja lähellä oleviin ihmisiin ja keskustelevat vilkkaammin musiikin soidessa. (Jauhola 2010, 45.) Oman suvun tai kansanhistoriaan liittyvä musiikki voi vahvistaa tunnetta omasta itsestä ja kuulumisesta omaan yhteisöön (Hallikainen ym. 2014, 124).

Hoitotilanteissa musiikin käyttö rauhoittaa haasteellisesti käyttäytyvää muistisairasta ja taustamusiikin kuuntelu esimerkiksi hoitotilanteessa voi lisätä huumorinkäyttöä ja leikkimielisyyttä. Ruokailutilanteissa taas musiikin kuuntelu rauhoittaa ja harmonisoi hoitoympäristön tunnelmaa. Taustamusiikin kuuluessa muistisairaat hymyilevät enemmän ja viihtyvät kauemmin ruokailutilanteessa. Vaeltelevat muistisairaat voivat rauhoittua musiikkia kuuntelemalla ja he istuvat kauemmin paikoillaan sekä näyttävät levollisimmilta. (Jauhola 2010, 45.) Musiikin on todettu toimivan muistisairaana tunteiden ilmaisun keinona ja parantavan viestintää. Muistisairailta musiikin kuuntelu vähentää aggressiivista käyttäytymistä ja huutelua. (Götel, Brown ja Ekman 2009.) Haasteellisesti käyttäytyvät muistisairaat voivat musiikin avulla purkaa negatiivisia tunteitaan ja heidän levottomuutensa voi vähentyä. Muistisairaiden puheen ja äänenkäytön on myös todettu rauhoittuvan musiikkia kuuntelemalla. Musiikki on todettu helposti toteutettavaksi ja edulliseksi interventioksi missä tahansa hoitoympäristössä. (Jauhola 2010,45.)

Laulamien ja hyräileminen rauhoittavat muistisairaana mieltä, helpottavat surua ja ahdistusta sekä antavat rytmiä toimintaan. Esimerkiksi peseytymis- ja pukeutumistilanteissa tuttujen laulujen laulaminen voi luoda myönteistä ilmapiiriä, rytmittää toimintaa ja lisätä kykyä yhteiseen toimintaan. Lähellä olevan ihmisen laulaminen tai laulaminen itse ovat kokemuksina vahvempia, kuin äänentoistolaitteista kuultu laulu. Nuotilleen laulaminen tai hyvä lauluääni eivät ole tärkeitä, vaan se, että laulaa. (Hallikainen ym. 2014, 125.) Götel, Brown ja Ekman (2009) tutkivat Ruotsissa hoitajien laulamisen vaikutusta hoitotyön sujumiseen. Hoitajan laulaessa muistisairas ja hoitaja saivat luotua syvän henkilökohtaisen yhteyden toisiinsa ja saavuttivat keskinäisen arvostuksen tunteen. Laulu antoi elinvoimaa ja vastavuoroisuutta, joka mahdollisti hoitajan ja muistisairaana kommunikoinnin keskenään kokonaisina ihmisinä. Hoitajan laulu ja taustamusiikki paransivat muistisairaana kykyä ilmaista positiivisia tunteita ja tunnelmia sekä antoivat elinvoimaa. Positiivisten tunteiden vahvistuttua muistisairaana aggressiivisuus väheni. Tutkimuksessa hoitajien laulun todettiin parantavan muistisairaiden hoidon laatua.

Kaikenlainen musiikki ei ole hyväksi, sillä epämieluisan musiikin kuuntelu tai jatkuva taustameluna soiva musiikki ei tuota hyvää oloa (Hallikainen ym. 2014, 126). Nair, Heim, Krishnan, D'Este, Marley ja Attia (2011,13) tutkivat Australiassa barokkimusiikin vaikutusta muistisairaiden haasteelliseen käyttäytymiseen. Tutkimuksessa todettiin ympäristössä kuuluvan barokkimusiikin lisäävän muistisairaiden haasteellista käyttäytymistä. Osa muistisairaista tuli levottomaksi musiikista ja pyysi saada sen pois päältä. Tutkimuksessa musiikin vaikutus alkoi heti, mutta vaikutus jäi lyhytaikaiseksi. Musiikin ja puheen kuuluminen yhtä aikaa televisiosta ja radiosta voi tuottaa hälyä, joka voi aiheuttaa se-

kavuutta, levottomuutta ja ahdistuneisuutta. Musiikkia kuunneltaessa tilanteen tulisi olla rauhallinen ja häiriötön. Levollinen taustamusiikki voi olla rauhoittavaa. (Hallikainen ym. 2014, 126.)

Musikkiterapia on koulutetun musiikkiterapeutin antamaa kuntoutusta ja hoitoa, jossa käytetään musiikin eri elementtejä, kuten rytmiä ja melodiaa (Hallikainen ym. 2014, 124). Musiikkiterapiassa lauletaan tuttuja lauluja, soitetaan instrumentteja, puhutaan vanhoista suosikeista ja liikutaan musiikin mukaan. Musiikkiterapiaa käytetään vähentämään ahdistusta ja levottomuutta, helpottamaan haasteellista käyttäytymistä, vähentämään eristäytyneisyyttä ja sen on todettu parantavan kognitiivisia taitoja. (Hungerford ym. 2014, 75.) Musiikkiterapiaa koskevassa kansainvälisessä Cochrane katsauksessa todetaan kaikenlaisen musiikkiterapian olevan kohtalaisen tehokas keino vähentää käyttäytymisen ongelmia, edistää kielellisiä, sosiaalisia ja emotionaalista toimintoja (Vink, Bruisma ja Scholten 2003). Raglo, Bellelli, Traficante, Gianotti, Ubeezi, Gentile, Villiani ja Trabucchi (2010, 902) tutkivat Italiassa satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessaan musiikkiterapian vaikutusta muistisairaiden haasteelliseen käyttäytymiseen. Tutkimuksessa todettiin aktiivisen musiikkiterapian helpottavan haasteellista käyttäytymistä ja lievittävän erityisesti masennusta, ahdistuneisuutta, levottomuutta, apatiaa ja ärtyneisyyttä.

**Eläimet** vaikuttavat sosiaaliseen verkostoomme, mutta niillä on myös paljon syvempi merkitys meille. Ihmisen ja eläimen välisen suhteen psykologisista ja psykofysiologisista vaikutuksista oksitoosiin systeemin aktivoitumista eli turvajärjestelmän aktivoitumista pidetään tärkeänä tekijänä. Eläin vaikuttaa myönteisesti ihmiseen ja ihminen eläimeen. Terveystieteissä erityisesti koiria ja hevosia käytetään vanhusten hoitolaitoksissa ystävinä ja liikuntaa aktivoimassa sekä muistisairaiden apuna. Eläimiä käytetään yksilö- ja ryhmätilanteissa ja eläimen käyttäminen voi olla ammattimaista tai vapaaehtoista eläinavusteista työskentelyä. Tutkittu tieto antaa yleisesti ottaen myönteisen kuvan eläimen vaikutuksesta ihmiseen, mutta tutkimukset ovat usein tehty pienillä eläin- tai ihmisjoukoilla ja osasta puuttuu vertailuryhmä, joka antaisi lähtötason mihin verrata. Osa tutkimuksista antaa kuitenkin luotettavaa tietoa ja kestää tiukan tieteellisen tarkastelun. (Ikäheimo 2013, 6-8.)

Eläinten kanssa voidaan toteuttaa eläinavusteista terapiaa sekä toimintaa. Eläinavusteinen terapia on toimintaa, jossa eläin on osa hoito- tai kuntoutusprosessia. Toiminta on tavoitteellista ja sen tarkoituksena on fyysisen, sosiaalisen, emotionaalisen tai kognitiivisen hyvinvoinnin edistäminen. Eläinavusteisessa terapiassa ohjaaja on terveyden- tai sosiaalihuoltoalan tai kasvatuksen asiantuntija, joka on aihealueen asiantuntija ja jolla on eläinavusteisen alan harjoitustutkinto. (Ikäheimo 2013, 11.) Eläinavusteinen toiminta taas on vapaaehtoistoimintaa, jossa eläimen ohjaaja on vapaaehtoinen tai koulutettu ammattilainen, joka ei työskentele sosiaali- ja terveysalalla. Hänen tulee kuitenkin olla perehdytetty eläinavusteiseen toimintaan ja laitospvierailuiden tekemiseen. Eläinavusteisella toiminnalla lisätään ihmisten hyvinvointia motivoivin, kasvatuksellisin tai mielihyvää tuottavin keinoin. (Ikäheimo 2013, 10.)

Colombo, Dello Buono, Smania, Raviola ja De Leo (2006, 214) tutkivat Italiassa eläinavusteisen terapian vaikutusta laitoshoidossa käyttämällä kanarialintuja. Tutkimuksessa todettiin, että kanarialintun hoidolla voi olla hyödyllinen vaikutus psykologiseen hyvinvointiin ja elämänlaadulle. Richeson

(2003) ja Sellers (2005) ovat todenneet, eläinavusteisella terapialla samanlaisia vaikutuksia elämänlaatuun. Eläimen läsnäolon on todettu parantavan mielialaa, suojelevan masennukselta ja pakko-oireilta, erityisesti ahdistukselta ja vainoharhaisilta ajatuksilta (Colombo ym. 2006,214). Eläinavusteisen terapian taas on todettu vähentävän aggressiivisuutta ja agitaatiota. (Filan ja Llewellyn-Jones 2006). Majik, Gutzmann, Heinz, Lang ja Rapp (2013, 1052) ovat tutkineet Saksassa satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa eläinavusteisen terapian vaikutusta muistisairaiden levottomuus-, aggressiivisuus- ja masennusoireisiin vanhainkodissa. Tutkimuksessa todettiin eläinavusteisen terapian olevan lupaava hoitovaihtoehto muistisairaille, jotka kärsivät levottomuus, aggressiivisuus ja masennusoireista. Tulokset viittasivat myös siihen, että eläinavusteinen terapia saattaa hidastaa neuropsykiatristen oireiden etenemistä muistisairaille.

Nordgren ja Engström (2014, 35) tutkivat Ruotsissa koira-avusteisten interventioiden vaikutusta haasteelliseen käyttäytymiseen ja psyykkisiin oireisiin muistisairaille. Tutkimuksen tulokset antavat myönteisiä viitteitä siitä, että koira-avusteisella interventiolla voidaan vähentää muistisairaiden haasteellista käyttäytymistä. Filan ja Llewellyn-Jonesin (2006) kirjallisuuskatsauksessa havaittiin eläinavusteisella terapialla samankaltaisia vaikutuksia muistisairaiden haasteelliseen käyttäytymiseen. Lisäksi eläimen läsnäolon todettiin lisäävän sosiaalista käyttäytymistä, sanoja, ymmärrettävää puhetta ja verbaalista aloitteellisuutta. Akvaariokalojen sijoittaminen ruokasaliin puolestaan lisäsi muistisairaiden ravinnon-saantia ja painoa.

Osa haasteellisesti käyttäytyvistä muistisairaista voi hyötyä **hieronnasta**. Tyypillinen muistisairaahan rauhoittava hieronta sisältää kevyitä sivelyliikkeitä selkään, käsiin, jalkoihin, sääriin ja hartioihin. Haasteellisesti käyttäytyvien muistisairaiden hieronnassa pyritään hieromaan helposti lähestyttävää ruumiinosia. Hieronnalla on havaittu vaikutusta vaelteluun, fyysiseen levottomuuteen, huuteluun ja asioiden toistelu-taipumukseen. Hieronta voi lievittää muistisairaudesta johtuvia kognitiivisia oireita, lisätä positiivisia kokemuksia, lievittää kipua ja parantaa muistisairaahan mielialaa. Koskettamisella voidaan lisätä muistisairaahan turvallisuudentunnetta ja leppoisaa tunnelmaa. (Jauhola 2010, 47–48.)

Rodríguez-Mansilla, González, López-Arza, Varela-Donoso, Montanero-Fernández, González Sánchez ja Garrido-Ardila (2015, 29–30) tutkivat Espanjassa hieronnan ja korva-akupainannan vaikutuksia muistisairaiden oireisiin. He totesivat hieronnan ja korva-akupainannan parantavan kipua, masennusta ja ahdistusta. Hieronnan todettiin voivan olla tehokasta lievittämään kipua hoidon alussa. Vaikka molemmilla hoitomuodoilla saatiin tuloksia, todettiin kuitenkin akupainannan olevan hierontaa tehokkaampaa.

Hansen, Jørgensen ja Ørtenblad (2006) toteavat kansainvälisessä Cochrane katsauksessaan olevan jonkin verran näyttöä siitä, että käsihieronnalla pystytään välittömästi ja lyhyellä aikavälillä vähentämään muistisairaiden levotonta käyttäytymistä. Lisäksi on olemassa jonkin verran näyttöä siitä, että lisäämällä muistisairaiden ruokailutilanteisiin kosketus sanalliseen rohkaisuun saadaan normalisoidua muistisairaiden ravinnonsaanti. Kosketteluun ja puheella kannustamisen on todettu ruokailutilanteissa lisäävän muistisairaahan kalorinsaantia 570 kalorista 740 kaloriin vuorokaudessa (Jauhola 2010, 48).

#### 4.4 Psykomotorinen hoito

Psykomotorisia hoitomuotoja ovat liikunnalliset menetelmät ja fysioterapia, joilla tuetaan muistisaira-an aktiivisuutta, sosiaalista kanssakäymistä ja fyysistä toimintakykyä. Tämän kaltaisia hoitomuotoja ovat esimerkiksi pallopelit, ulkoilu, liikuntaryhmät ja tanssi. Fysioterapeuttisen kuntoutuksen on todettu parantavan muistisaira-an toimintakykyä ja vähentävän haasteellista käyttäytymistä. Psykomotorisia hoitomuotoja käytetään muistisaira-an räätelöidyn hoidon osana. Sopivan menetelmän valinnassa huomioidaan muistisaira-an mieltymykset, elämäntilanne, persoonallisuus ja nykytilanne. (Eloniemi-Sulkava 2010.)

Psykososiaalisten ja psykomotoristen hoitomuotojen käyttöä haasteellisesti käyttäytyvien muistisairaiden hoidossa on tutkittu runsaasti ja niistä on saatu positiivisia tuloksia. Näiden hoitomuotojen yleistettävää vaikuttavuutta ei kuitenkaan voida todeta tutkimusasetelmien heikkouksien ja tutkittavien pienen joukon vuoksi. (Eloniemi-Sulkava 2010.)

**Liikunnan** käypä hoito-suosituksessa todetaan, että liikunnan tulee kuulua muistisairauksien ehkäisyyn, hoitoon ja kuntoutukseen (Käypä hoito 2016). Liikunnan on todettu voivan vaikuttaa positiivisesti mielialaan, uneen, käyttäytymiseen, masentuneisuuteen, vaelteluun ja syömisen häiriöihin muistisairailla, mutta varmojen johtopäätösten tekeminen on hankalaa koska hyvälaatuisia tutkimuksia on vielä vähän (Pitkälä, Savikko, Pöysti, Laakkonen, Kautiainen, Strandberg ja Tilvis 2013, 49). Käypä hoidon (2016) mukaan kotona asuvien muistisairaiden liikkumis- ja toimintakykyä parantavat kestävyysliikunta-, lihasvoima- ja tasapainoharjoittelua ja toiminnallista harjoittelua sisältävät liikuntainterventiot.

Kotona asuvilla muistisairailla haasteellisen käyttäytymisen on todettu lievenevän käytettäessä kokonaisvaltaista hoitoa. Tähän hoitoon kuuluu muistihoitaja ja yleislääkäri työpari, omaishoitajan ohjaus ja taloudellinen tuki sekä muistisaira-an liikunnallinen harjoittelu, sopeutumisharjoittelu ja haasteellisen käyttäytymisen lääkkeetön hoito. Haasteellisen käyttäytymisen kuntoutuksellisessa hoidossa liikunnallisen harjoittelun ja omaishoitajien samanaikaisen ohjauksen on todettu parantavan muistisairaiden masennusta ja fyysistä roolisuoriutumista. Liikunnalla on myös saatu laitoksissa asuvilla muistisairailla mieliala kohoamaan. (Käypä hoito 2010e.) Haasteellisen käyttäytymisen muodoista vaeltelua voidaan hillitä laitosympäristössä kävelyn ja erilaisten fyysisten harjoitteiden avulla. Motorista levottomuutta taas voidaan vähentää liikunnan mahdollistamisella ja liikuntaa rajoittavien tekijöiden poistamisella. Liikkumista rajoittavien tekijöiden poistamisen on myös todettu vähentävän muistisairaiden huutelutaipumusta silloin kun liikkumista rajoitetaan vain ruokailujen ja wc-käyntien yhteydessä. (Jauhola 2010, 43–44.)

Kansainvälisen Cochrane katsauksen mukaan liikunnallinen kuntoutus laitospotilailla on todettu turvalliseksi ja tehokkaaksi (Crocker, Forster, Young, Brown, Ozer, Smith, Green, Hardy, Burns, Glidewell ja Greenwood 2013). Crockerin ym. (2013) ja Pitkälän ym. (2013, 75–129) mukaan liikunnallinen kuntoutus parantaa fyysistä ja psyykkistä tilaa muistisairailla. Laitoksissa asuvilla liikunnallisen



kuntoutuksen on todettu vaikuttavan myönteisesti kävelynopeuteen, lihasvoimaan, kestävyYTEEN ja kävelymatkaan. Tutkimuksissa on myös osoitettu edullisia muutoksia toimintakykyyn. (Pitkälä ym. 2013, 20–19.) Kuntoilulla tai säännöllisellä liikunnalla, mukaan lukien aerobinen liikunta ja lihaskuntoharjoitukset, on todettu myönteisiä vaikutuksia kognitioon. Liikunta ja kuntoilu hidastaa kognitiivisten toimintojen heikkenemistä ja muistisairauden etenemistä (Käypä hoito 2016; Hungerford ym. 2014, 75). Pitkälä ym. (2013, 75–129) on todennut tutkimuksessaan kotikuntoutus ryhmässä liikunnalla olevan samanlaisia positiivisia vaikutuksia kognitioon.

Haasteellisesti kättäytyvien muistisairaiden liikkumiskyvyn turvaamisessa tulee ottaa huomioon muistisairaahan liikuntakyky, erilaisten tapaturmien mahdollisuus ja tapaturmien ehkäisy. Sopivia fyysisiä harjoitteita muistisairaille voivat olla kävely, erilaiset jumpat, keveät seurapelit ja kuntosaliharjoittelu. Laitosolosuhteissa kävelylenkit voidaan yhdistää esimerkiksi kasvien- ja puutarhan hoidon yhteyteen ja fyysisen aktiviteetin määrää voidaan lisätä vaikka kastelukannun täyttämällä huuhteluhuoneessa. (Jauhola 2010, 43–44.) Liikunnan tulisi laitoshoidossa olla säännöllistä ja toistuvaa toimintaa (Vanhustyön keskusliitto 2016,1). Olen koonnut taulukkoon (Taulukko 3) periaatteita muistisairaiden liikunnasta.

## TAULUKKO 3. Periaatteita muistisairaiden liikunnasta (Vanhustyön keskusliitto 2016, 2-3).

<b>Säännöllisyys</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kestävyysliikuntaa olisi hyvä tulla vähintään 2 h 30 min viikossa.</li> <li>Lisäksi tulisi olla nivelten liikkuvuutta ja tasapainoa ylläpitävää ja kehittävää liikuntaa kuten voimistelua.</li> <li>Kaksi kertaa viikossa olisi hyvä tanssia, tehdä kuntosaliharjoittelua, jumpata tai venytellä, mikäli halutaan ylläpitää tai lisätä lihaskuntaa ja liikehallintaa.</li> </ul>
<b>Toistuvuus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Liikuntatuokiot olisi hyvä järjestää tiettyyn aikaan tiettyinä viikonpäivinä, koska tuttujen tilanteiden toistuminen lisää turvallisuuden ja yhteyden tunnetta.</li> <li>Muistisairaille on hyvä ohjata säännöllisesti samoja liikkeitä lyyillä ja selkeillä ohjeilla, jotta liikkeet kiinnittyvät muistisairaahan liikemuistiin ja löytyvät sitten liikuntatuokiosta.</li> <li>Uudet liikkeet toimivat aivojumppana ja niiden oppimiselle tulee antaa aikaa eikä haastaviksi koetuista liikkeistä heti kannata luopua.</li> <li>Liikemuistia kannattaa hyödyntää ohjauksessa puhumalla hiihtoliikkeestä, polkemisesta tai kaulinnasta.</li> </ul>
<b>Yksilöllisyys</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jumppahetkissä yksilöllisyys voidaan huomioida joustavalla ohjaamisella.</li> <li>Monipuolisen toiminnan järjestäminen mahdollistaa yksilöllisyyden huomioon ottamisen.</li> <li>Jokaista tulisi kohdella yksilöllisesti ja antaa heille mahdollisuus yksilöllisiin toimiin. Tämä on tärkeää yhteisössä asuville, sillä itsensä kokeminen massan osaksi laitostaa ja apatisoi.</li> <li>Huomioon on myös hyvä ottaa se, että useimmiten laitoshoidossa ryhmissä on mukana sekä muistisairaita että muita hauraita vanhuksia ja muistisairauksienkin osalta diagnoosit voivat olla hyvin erilaisia ja eritasoisia.</li> </ul>
<b>Monipuolisuus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Monipuolisella toiminnalla varmistetaan, että liikunta sisältää voima-, kestävyys- ja tasapainoharjoittelua.</li> <li>Vaihtelevilla ja monimuotoisilla liikuntamuodoilla mahdollistetaan erilaisten kykyjen esiintulo ja näin saadaan onnistumisen elämyksiä mahdollisimman monille.</li> <li>Toteuttamalla monipuolista liikuntaa, saadaan myös työntekijöiden erilaiset kiinnostuksen kohteet ja taipumukset esille. Näin jokainen työntekijä voi ohjata omaa erikoisalaansa esimerkiksi jumppaa, pelejä, tanssillista tuolijumppaa, porraskävelyä tai luontopolkuja jne.</li> </ul>
<b>Elämyksellisyys</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elämysten ei tarvitse olla suuria, sillä muistisairaiden elämässä pienet asiat ratkaisevat kaiken ja näistä pienistä asioista tulee muisteltavaa ja juteltavaa.</li> <li>Elämyksiä muistisairaille voivat olla mieleinen jumppamusiikki, kukkapenkin ihailu kävelyllä tai koiran ulkoiluttaminen.</li> <li>Elämysten kokemisen turvaamista on työntekijöiden mietittävä erityisesti silloin, kun muistisairaalla on paljon terveydellisiä rajoituksia. Arkipäivästä voi tulla helposti pelkästään huolto- ja hoitotoimenpiteiden toistamista ja elämysten tuottaminen unohtuu kokonaan.</li> </ul>
<b>Turvallisuus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Liikuntahetkiin osallistuvien tulee voida kokea, että heillä on oma henkisesti ja fyysisesti loukkaamaton tilansa ja paikkansa ryhmässä.</li> <li>Osallistujien välistä negatiivista vuorovaikutusta voi vähentää istumajärjestyksellä ja tiukalla katsekontaktilla.</li> <li>Ohjeiden tulee olla selkeitä, ymmärrettäviä sekä riittävän väljia, jotta eritasoiset suoritukset koettaisiin sallituiksi eivätkä ohjeet masenta muistisairasta.</li> <li>Välineiden käyttö antaa liikkeisiin tehoa, mutta niitä valittaessa tulee ottaa huomioon osallistujat ja turvallisuusnäkökulma.</li> </ul>
<b>Omatoimisuus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Muistisairaahan toimintakykyä tuetaan kaikin keinoin. Niissä asioissa ei auteta, joista muistisairas itse selviää.</li> <li>Apua annetaan mahdollisimman huomaamattomasti silloin kun sitä tarvitaan.</li> </ul>
<b>Vaikuttamismahdollisuus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Liikuntatilanteissa voidaan antaa muistisairaille kokemus vaikuttamisesta. Esimerkiksi osallistujien voidaan antaa mahdollisuus itse valita liikuntavälineistä omansa tai jos joku tekee vahingossa oman liikkeen, niin ohjaaja voi kehottaa muuta ryhmää tekemään saman liikkeen.</li> <li>Jumpattuokiossa osallistujat voivat vetää kupista lapun, jossa on kuvattu yksinkertainen liike, jonka he saavat ohjata muulle ryhmälle.</li> </ul>
<b>Assistentteja ja vertaistukea</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ryhmän koon tulee olla tavoitteisiin nähden järkevän kokoinen eli riittävän pieni. Tavoitteena on saada sopivaa liikuntaa, eikä se että tilastoon voidaan merkitä iso osallistujamäärä.</li> <li>Heikompikuntoisten ryhmässä apuohjaajien avulla varmistetaan tarvittaessa, että koko ajan on vierellä joku, joka näyttää ja selittää, mitä pitää tehdä. Ohjaajien määrä tulee suhteuttaa osallistujien määrään.</li> <li>Liikuntaryhmään osallistujat voidaan laittaa jumppaamaan pareittain. Näin he aktivoivat toisiaan ja yleensä jompikumpi muistaa mitä ollaan tekemässä.</li> </ul>
<b>Huumori</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Muistisairaiden ryhmätoiminnassa huumori ja tilannekomiikka ovat tärkeitä ja terapeuttisia asioita.</li> <li>Huumorin avulla voidaan kääntää huomio pois liiasta puurtamisesta.</li> <li>Naurun on todettu rentouttavan.</li> </ul>

**Tanssin** avulla muistisairas voi kokea iloa ja positiivista yhdessäoloa sekä luoda merkityksellistä vuorovaikutusta ja yhteisymmärrystä (Jauhola 2010, 45). Tanssin avulla muistisairas voi ilmaista itseään ja olla mukana sosiaalisessa kanssakäymisessä (Hallikainen ym. 2014,125). Tanssi mahdollistaa luonnollisen ja onnistuneen kommunikaation sanallisessa ja sanattomassa vuorovaikutuksessa toisiin ihmisiin (Jauhola 2010, 45). Tanssimien käy myös liikunnasta ja tuttu tanssimusiikki voi herättää muistoja (Hallikainen ym. 2014, 125). Haasteellisesti käyttäytyvät muistisairaavat voivat kokea tanssin avulla rauhoittumisen tunteita, rentoutumista ja vapautumista (Jauhola 2010, 125).

Tutkimustuloksissa todetaan, että tanssin myötä hoitajien tietoisuus potilaan elämänhistoriasta kasvoi ja muistisairaahan yksilölliset tarpeet tulivat aikaisempaa paremmin esille. Hoitajat ymmärsivät tanssin avulla muistisairaiden tarpeita ja pystyivät tämän pohjalta paremmin suunnittelemaan hoitotyötä. Tanssiesitysten katsominen taas lisäsi muistisairaiden fyysisiä voimavaroja osallistumisen ja liikkumisen kokemusten myötä. (Jauhola 2010,125.) Ravelin, Isola ja Kylmä (2011, 12–16) tutkivat muistisairaiden kokemuksia tanssiesityksistä vanhainkodissa. Tanssi esityksien todettiin olevan muistisairaille aktiivinen prosessi. Muistisairaavat suhtautuivat myönteisesti tanssiesityksiin ja esiintyjiin. Muistisairaavat unohtivat vaivojaan esityksen aikana ja esitykset herättivät eri tunteita sekä muistoja. Osalla oli kuitenkin kielteisiä kokemuksia tanssista ja tanssiesityksistä.

**Puutarhan hoidosta ja kasvien kasvattamisesta** saadaan laitoshoidossa tehtyä haasteellisesti käyttäytyvälle muistisairaalle mielekästä toimintaa. Puutarhan hoidossa sopivia askareita haasteellisesti käyttäytyvälle muistisairaalle ovat kastelu, papujen poiminta, juurien riipiminen, kasvien koskettelu, ympäristön kevyt siistiminen, kasvien leikkaaminen ja nyppiminen sekä kasvien huuhtelu. (Jauhola 2010, 43.) Puutarhassa mukana toimiminen voi auttaa parantamaan muistia ja auttaa säilyttämään rationaalista ajattelua. Puutarhatyöt auttavat herättämään viisi aistia eli kuulon, näön, kosketuksen, hajun ja maun, jotka edistävät rauhallisuuden tunnetta ja vähentävät muistisairauteen liittyviä ongelmia, kuten ikävyystymistä, masennusta, aggressiivisuutta, levottomuutta ja lisääntynyttä stressiä. (Grove 2013, 281.) Aistipuutarha ja puutarhanhoito ovat lääkkeettömiä hoitomuotoja, jotka saattavat parantaa hyvinvointia ja vähentää haasteellista käyttäytymistä. Lisäksi psyykelääkkeiden käyttö ja vakavien kaatumisten määrä vähenee ja unensaanti paranee. (Gonzalez ja Kirkevold 2014, 2709–2710.) Puutarhan hoito vähentää muistisairaiden levotonta käyttäytymistä ja vaikutus on merkittävämpi niillä, jotka ovat aiemmin harrastaneet puutarhan hoitoa tai ovat olleet siitä aiemmin kiinnostuneita (Jauhola 2010, 43).

**Mielekkäiden askareiden ja käsillä tekemisen mahdollistaminen** ovat haasteellisesti käyttäytyville muistisairaille tärkeitä asioita laitoshoidossa. Pienten työaskareiden tekeminen tukee muistisairaahan identiteettiä ja luo kodinomaista tunnelmaa. Työaskareiden suorittaminen tukee jäljellä olevaa toimintakykyä ja mahdollistaa merkityksellisten sekä tuttujen roolitoimintojen suorittamisen elämässä. Työaskareiden teko voi lisätä muistisairaahan mielekkyyden kokemuksia onnistumisesta ja tarkoituksenmukaisesta, mielekkästä ja toiminnallisesta tekemisestä. Kotitaloustöitä muistuttavien askareiden on todettu hillitsevän muistisairaiden vaeltelua. (Jauhola 2010, 42.) Haasteellisesti käyttäytyvillä muistisairailla pienten askareiden ja työtehtävien lisääminen hoitoon saa aikaan rauhoitta-

via vaikutuksia. Muistisairaat viihtyvät pidempään ja käyttävät enemmän aikaa pienten työaskareiden tekoon kuin yksinkertaisten ja vähemmän merkittävien tehtävien. Muistisairaille soveltuvia pieniä askareita voivat olla pyykkien lajittelu, pyyhkeiden taittelu, kirjekuorien leimaus, työkalujen- tai pelikorttien lajittelu. (Cohen-Mansfield, Dakheel, Thein ja Marx 2009.)

#### 4.5 Ympäristön parantaminen

Muistipotilaan hoitoympäristössä tulee ottaa huomioon muistisairaahan tarpeet ja kognitiivisten oireiden tuottamat vaatimukset, jotta se tukisi muistisairaahan selviytymistä ja lievittäisi haasteellista käyttäytymistä. Hoitoympäristön tulisi olla kodikas, tutun oloinen ja tilojen muistipotilaan hallittavissa. Selkeyteen, hahmottamiseen ja äänimaailman rauhallisuuteen tulisi kiinnittää erityisesti huomiota. Muistisairaille pitää antaa mahdollisuus olla yhdessä muiden kanssa, mutta antaa myös mahdollisuus yksityisyyteen. Toiminnan mahdollisuuksilla ja osallisuuden tukemisella parannamme muistisairaahan hyvinvointia ja elämänlaatua, jonka taas on havaittu vähentävän haasteellista käyttäytymistä. (Eloniemi-Sulkava 2010.)

**Rauhallinen ympäristö** ilman äänekästä ja stressaavaa melua aiheuttaa vähemmän haasteellista käyttäytymistä ja vähentää muistisairaiden levottomuutta laitoshoidossa (Eloniemi-Sulkava 2010; Jauhola 2010, 48). Äänihäiriöt voivat aiheuttaa pelkoa sekä ärtyisyyttä ja niiden poistaminen voi vaikuttaa muistisairaahan turvallisuuden tunteeseen ja viihtyisyyteen (Sievänen ym. 2007, 16). Ympäristön rauhoittavien ja ohjaavien viestien on todettu vähentävän kaaoksen tunteita ja ehkäisevän haasteellista käyttäytymistä (Eloniemi-Sulkava 2010). Tutut äänet ympäristössä taas voivat lisätä turvallisuuden tunnetta (Sievänen ym. 2007, 16). Isola ym. (2005, 150) totesivat tutkimuksessaan ympäristön meluttomuuden olevan tavoiteltavaa hoidettaessa haasteellisesti käyttäytyviä muistisairaita, esimerkiksi äänekästä puhetta, huutamista, radion ja television kovaäänistä kuuntelua ja katselua tulisi välttää. Hoitajien puhetavalla saattaa myös olla merkitystä muistisairaiden levottomuuden ehkäisyssä, joten kovaäänistä puhetta tulee välttää mahdollisuuksien mukaan. Muistisairaahan ympäristön muokkaamista on myös lähiympäristön järjestäminen rauhalliseksi ja siistiksi, jolloin ympäristöstä poistetaan kaikki muistisairasta pelottavat ja häiritsevät asiat (Saarnio ja Isola 2010, 329). Rauhallisen ympäristön luominen auttaa vaeltelun vähentämisessä (Jauhola 2010, 49).

**Turvallisen ympäristön** luominen koetaan tärkeimmäksi tekijäksi haasteellisesti käyttäytyvien muistisairaiden laitoshoidossa (Isola ym. 2005, 150.) Esteettömät tilat ovat muistisairaahan turvallisuuden kannalta tärkeät ja niihin liittyvillä ratkaisuilla voimme auttaa muistisairasta hahmottamaan sekä ymmärtämään tilaa paremmin. Ensimmäisenä kannattaa lähteä liikkeelle turvallisen liikkumisen mahdollistamisesta, koska muistisairailla liikkumiskyky säilyy pitkään. Kynnykset tulee poistaa, tuki-kaiteita ja valaistusta tulee lisätä tasoerojen kohdalle, tarpeettomat ovet tulee poistaa tai vaihtaa liukuoviin ja yleisvalaistusta tulee parantaa. Asunnon ja piha-alueen kulkureitit kannattaa kulkea läpi muistisairaahan kanssa, jotta mahdolliset vaaranpaikat tulee havaittua. (Sievänen, Sievänen, Välikangas ja Eloniemi-Sulkava 2007, 13–14; Helminen, Laine, Siren ja Zotow 2013, 44.) Kaatumisriski kasvaa ja tasapaino heikkenee iän myötä, joten esimerkiksi kurottaminen ylöspäin tai pitkälle eteenpäin voi aiheuttaa horjahtamisen ja kaatumisen. Iän myötä tasapainoasti heikkenee ja kaatuminen on

suuri riskitekijä. Kalusteita poistamalla voidaan helpottaa apuvälineillä liikkumista ja siten tavaroiden saavutettavuutta. Kaapit voidaan asentaa alemmas tai niistä voidaan poistaa turhia ovia, jotta tavarat olisivat helpommin saatavilla. Sähköisesti säädettävät kalusteet voivat myös helpottaa tavaroiden saavutettavuutta. (Sievänen ym. 2007, 14.)

Muistioireiden lisääntyessä kotona asuvan muistisairaahan lukitusturvallisuuteen liittyvät asiat korostuvat, koska muistisairaahan pelkotilat sekä epäluulot saattavat korostua. Oveen kannattaa laittaa varmuusketju tai vastaava, jolla voidaan estää asiattomien tunkeutuminen asuntoon, jos muistisairas vahingossa avaa oven tuntemattomille. Muistisairauden edetessä varmuusketjun käyttö voi vaikeutua ja silloin on harkittava muita teknologisia vaihtoehtoja. Laitoshoidossa lukitut ovet voivat tuoda turvallisuutta muistisairaita hoidettaessa, mutta ne voivat ahdistaa muistisairasta sekä houkuttaa heitä pyrkimään ulos. Avaamalla ajoittain lukitut ovet ja antamalla muistisairaahan liikkua vapaasti oven ulkopuolella, voidaan vähentää oven liittyvää uteliaisuutta ja halua lähteä kotiin. (Isola ym. 2005, 150.) Vaeltelevaa muistisairasta voidaan rauhoittaa sulkemalla ja lukitsemalla ovia sekä asettamalla esteitä ovien eteen. (Jauhola 2010, 49.)

Ulko-ovien naamioiminen verhoilla voi ehkäistä muistisairaiden halua lähteä kotiin (Isola ym. 2005, 149). Peittämällä voidaan naamioida ovet, peilit ja kuviot, jotka saattavat aiheuttaa tai lisätä haasteellista käyttäytymistä. Peittelyllä voidaan myös luoda turvallinen ympäristö, joka ehkäisee vaeltelua. Opastamalla voidaan auttaa helposti eksyviä muistisairaita löytämään erilaisia huonetiloja laitoshoidossa. Hoitajat voivat käyttää opastamisessa apuna erilaisia kiintopisteitä, kuten käytäviä tai seinien erilaisia värisävyjä. Opastaminen lisää muistisairaahan mahdollisuutta löytää itsenäisesti ja turvallisesti perille. Ympäristö voidaan muokata helpommin ymmärrettäväksi erilaisilla kylteillä, kartoilla ja merkeillä. Muistisairaahan levottomuus ja vaeltelu voivat vähentyä kun ympäristöä on merkitty. (Jauhola 2010, 49–50.)

**Ympäristön materiaalit ja värit** vaikuttavat muistisairaisiin, esimerkiksi tilan hahmottamisessa muistisairaita auttaa hyvän valaistuksen lisäksi kontrastien käyttö. Katon tulisi olla vaaleapintainen ja lattian tummapintainen, koska tumma lattia koetaan usein turvallisiksi ja lujaksi. (Sievänen ym. 2007, 17; Helminen ym. 2013, 45.) Voimakkaita kuvioita olisi hyvä välttää, sillä esimerkiksi lattialla olevat ruudut voivat näyttää kuopalta ja tummat raidat puolestaan ojalta, jonka yli tai päälle muistisairas ei uskalla astua (Helminen ym. 2013, 45–46). Pintojen raidoituksia ja teippaamisia voidaan käyttää apuna sellaisilla alueilla, joissa halutaan ehkäistä muistisairaahan vaeltelua (Jauhola 2010, 49). Matoista ei yleensä tule harha aistimuksia, mutta mattojen paikoillaan pysymättömyys ja reunoihin kompastumisen vaara, voivat muodostua esteeksi muistisairaahan liikkumiselle (Helminen ym. 2013, 46). Lattian kiiltävä pinta aiheuttaa häikäisyä ja mielikuvan liukkaasta pinnasta, mikä saa muistisairaahan kävelyn muuttumaan epävarmaksi (Sievänen ym. 2007, 17).

Suomalalaiset kodit ovat uutena kovin valkoisia ja hankalia muistisairaahan hahmottaa. Hahmottamista voidaan parantaa esimerkiksi maalaamalla ovi- ja jalkalistat tai vaihtamalla ne puunvärisiksi ja kiintokalusteisiin voi vaihtaa värilliset vetimet. Wc- ja pesutiloissa, joissa on valkoiset seinälaatat, olisi hyvä vaihtaa wc-istuimen kansi värilliseksi ja pesualtaaseen tulisi asentaa tukeva värillinen tukikaide.

(Helminen ym. 2013, 46.) Värien avulla voimme helpottaa muistisairaiden hahmottamista ja voimme painottaa joitakin tiettyjä asioita asunnossa. Väreillä on merkitystä muistisairaahan viihtymiseen ja hyvinvointiin ja esimerkiksi jos muistisairas on ahdistunut asunnossaan, voi se johtua asunnon värimaailmasta. Väreistä punainen, oranssi ja keltainen säilyvät pisimpään ihmisen muistissa, eikä niiden aistiminen juurikaan muutu iän myötä. Sinisten, violettien ja turkoosien värien aistiminen taas heikkenee iän myötä. Valkoisen värin hahmotus taas heikkenee muistisairauden edetessä ja lakkaa lopulta hahmottumasta. (Sievänen ym. 2007, 21–22.)

Ympäristön valaistus on tärkeä muistisairaahan hahmottamisen kannalta. Hahmottamisen paranemisen lisäksi valoisuuden on todettu vaikuttavan virkeyteen sekä henkiseen tilaan ja lisäävän turvallisuuden tunnetta. Ikääntyessä ihmisen näkemiseen tarvitsema valon tarve lisääntyy ja iän tuomat muutokset vaikuttavat näkökenttään, liikkeen havainnointiin, näöntarkkuuteen, kontrastien havainnointiin, häikäisyalttiuteen sekä värierottelukykyyhin. Valaistuksen väri vaikuttaa näkemisen ohella luonnollisesti värin kokemiseen ja viihtyisyyteen, tämä on hyvä ottaa huomioon värivalintoja tehdessä. Yleisvalona riittävä taso on n.100–200 lx, mutta luksimääriin ei kannata liiaksi kiinnittää huomiota, koska valoisuuden aistimiseen vaikuttavat valon määrän ohella oleellisesti myös heijastavien pintojen valoisuus. Tummat pinnat imevät valoa ja vaaleat pinnat heijastavat sitä. Valaistusjärjestelyissä kannattaa tutkia kaikki heijastavat pinnat sekä kuvastavat pinnat (peilit, lasipinnat ja kiiltävät kalustepinnat) jottei niistä aiheudu haitallisia heijastuksia, kuten harha-aistimuksia, pelkoa tai kiiltoheijastuksia muistisairaalle. (Sievänen ym. 2007, 19–20.)

Isot ikkunapinnat ovat haasteellisia silloin, kun niistä lankeaa sisälle voimakas auringonvalo (Helminen ym. 2013, 46). Valon tulosuunta vaikuttaa näkemiseen ja hahmottamiseen. Luonnonvalon tulosuuntaan ja voimakkuuteen vaikuttavat ikkunoiden suuntaus sekä vuorokauden sekä vuodenaika. Auringon häikäisyvaikutukset tulee pyrkiä poistamaan. Ikkunaa vasten on vaikea nähdä, kun vastavalon häikäisee, eikä ihminen pysty erottamaan toisen henkilön kasvoja liian suuren kontrastin ja häikäisyn vuoksi. Vastavalon pystyy eliminoimaan tai vaimentamaan verhoratkaisuilla. Mikäli ikkunaa ei haluta pimentää kaihtimilla, voi ikkunan eteen laittaa vaaleat valoverhot, jotka tasaavat ja laimentavat ulkoa tulevaa valoa. Kappa verhot eivät estä vastavalon aiheuttamaa häikäisyä. (Sievänen ym. 2007, 20; Helminen ym. 2013, 46.)

Muistisairaille **kalusteiden** tulisi olla tukevia ja kestäviä, eivätkä ne saisi kaatua, jos niistä otetaan tukea kävellessä, niihin nojatessa, niihin istuttaessa tai niistä noustessa. Istuinkalusteisiin tulee voida istahtaa helposti ja niistä tulee päästä helposti ylös, mikä vaatii riittävän korkeaa istuinkorkeutta. Tuoliin istumista ja ylösnousemista helpottavat riittävän eteen tulevat käsinojat. Kalusteet eivät saa luiskahtaa alta pois tai olla liian kevyitä. Nelijalkaiset pöydät ovat tukevampia kuin keskijalalliset pyöreät pöydät. Tuoleissa taas kapealla olevat jalat tekevät tuolista herkemmin kaatuvan. Kalusteiden tekstiilien tulisi olla paloturvallisia ja kestää 40–60°C pesulämpötilan. Tekstiilien olisi hyvä olla helpohoitaisia ja helposti puhdistettavia sekä kulutusta kestäviä. Kiinteissä kalusteverhoiluissa kankaan tulisi olla kosteutta läpäisemätön, pinnaltaan pyyhittävä ja pestävä, homehtumaton, anti-bakteerinen ja mahdollisimman hengittävä. Irrotettavissa päällysteissä taas kankaan tulisi olla riittävän jäykkä ja

venymätön, hyvin paikoillaan pysyvä ja helposti irrotettavissa pesua varten. (Sievänen ym. 2007, 18–19.)

Ympäristön muokkaamisessa ja parantamisessa **sosiaalinen ympäristö** on tärkeä. Muistisairaita hoidettaessa ilmapiirin tulee olla avoin, salliva, joustava ja leppoisa. Muistisairas tunnistaa helposti henkilökunnan väliset ristiriidat. Joustavan ja leppoisan ilmapiirin on todettu laskevan aggressiivisuuden ja levottomuuden minimiin. Turvallisuutta ja leppoisaa ilmapiiriä voidaan luoda muistisairaille hymyilemällä ja koskettamalla muistisairasta ohi kulkiessa. (Isola ym. 2005, 150.)

#### 4.6 Henkilökunnan koulutus

Haasteellisesti käyttäytyvien muistisairaiden parissa työskentelevät tarvitsevat paljon ohjausta ja tukea jaksakseen selviytyä usein raskaasta työstään. Hoitotyöntekijät tarvitsevat myös tietoa ja taitoa selvitäkseen hyvin usein epäkiitolliselta vaikuttavasta työstään. (Erkinjuntti ym. 2015, 486.) Hoito-henkilökunnan kouluttaminen ja tukeminen edistävät hoitajien työhyvinvointia ja parantavat hoitajien suhtautumista muistisairaisiin. Koulutuksella joka auttaa hoitajia potilaslähtöiseen ajatteluun ja tukee kommunikointitaitoja on todettu olevan haasteellista käyttäytymistä lieventävä vaikutus. (Elo-niemi-Sulkava 2010.)

Hoitohenkilökunnan koulutuksen tulisi olla käytännönläheistä, sisältää käytännön hoitotyössä tapahtuvaa ohjausta tai vertaistukea ja antaa selkeitä ohjeita käytösoiretilanteisiin. Koulutuksella saatu myönteinen vaikutus saadaan pysymään pitkäjänteisellä ja toistuvalla koulutuksella. (Eloniemi-Sulkava 2010.) Hoitajille tulee antaa mahdollisuus ammatilliseen kehittymiseen ja yhteydenpitoon vertaisryhmien kanssa. Muistisairauden oireiden pitäminen sairaudesta johtuvina ammatillisina haasteina, antaa väljyyttä työhön, jossa tarvitaan ongelmanratkaisutaitoja ja ajoittain systemaattisia hoitointerventioita. Haasteellisesti käyttäytyvien muistisairaiden parissa hoitotyötä tekevien olisi tärkeää arvostaa aidosti ja sen haasteet tulisi tunnistaa. (Erkinjuntti 2015, 486.)

**Mentoroinnin** avulla voidaan auttaa hoitajia kehittymään haasteellisesti käyttäytyvien muistisairaiden hoidossa ja tukea heidän työssä jaksamistaan. Mentorointi on vanhemman työntekijän eli mentorin ja vähemmän kokeneen nuoremman työntekijän eli aktorin välinen suhde, jonka tarkoituksena on auttaa ja edistää mentoroitavan urakehitystä. (Jokinen, Mikkonen, Jokelainen, Turjama ja Hieta-märi 2010, 56; Jokelainen 2013, 3; Mentoroinnin vermeet 2014.) Mentori ja aktori (yksi tai useampia) käyvät luottamuksellisia keskusteluja tavoitteellisissa tapaamisissa pyrkien ammatilliseen sekä henkilökohtaiseen kehittymiseen. Käsiteltävät asiat ovat enemmän käytännönläheisiä kuin teoreettisia ja ne kiinnostavat erityisesti aktoria. Mentorointi suhteessa opitaan toinen toiselta. Mentorointi voi olla muodollista pohjautuen organisaation tavoitteisiin tai se voi olla epämuodollista, jolloin se on spontaania ja satunnaista, jopa kahvipöytäkeskustelua. Käytännössä mentorointi sijoittuu näiden ääripäiden väliin. (Toljamo, Koponen ja Koivisto 2011, 12.)

Mentoroinnilla on todettu saavutettavan myönteisiä vaikutuksia organisaatiolle ja työntekijöille, joka taas näkyy asiakkaille parempana hoitona ja palveluna sekä asiakastyytyväisyytenä. Tutkimuksissa

mentoroinnin on todettu vähentävän työntekijöiden vaihtuvuutta, lisäävän työhön sitoutumista, nopeuttavan uusien työntekijöiden sisäänpääsyä työhön sekä parantavan yhteistyötä, työssä jaksamista ja työn laatua. Lisäksi se voi vaikuttaa työntekijöiden henkilökohtaiseen kehittymiseen, uravalintaan sekä työ- ja uratyytyväisyyteen. (Toljamo ym. 2011, 14.)

Mentorointia käytetään nykyisin terveysalan työyhteisössä moniin erilaisiin tarkoituksiin. Yleisesti sitä on käytetty perehdyttämisen jälkeisenä toimintamuotona, jonka tarkoituksena on edistää työntekijän ammatillista kasvua ja hiljaisen tiedon siirtymistä, organisaatioon sosiaalistamista ja lisätä työhyvinvointia ja työtyytyväisyyttä. Mentori voidaan nähdä myös kollegan ammatillisena voimaannuttajana. (Jokelainen 2013,3; Mentoroinnin vermeet 2014.) Hyviin tuloksiin mentoroinnissa päästään kun toiminta on tavoitteellista ja enimmäkseen epämuodollista, koska epämuodollisessa mentoroinnissa mentori ja aktori itse ovat yleensä aktiivisia hakeutumaan yhteistyösuhteeseen ja tukevat toisiaan. Muodollisessa mentorointi suhteessa taas mentorointisuhde voi alkaa organisaation määräyksestä ja tuolloin mentorilta ja aktorilta voi puuttua yhteisiä intressejä tai luonteenpiirteitä edesauttamaan mentoroinnin onnistumista. (Toljamo ym. 2011, 14.)

Mentorin tulee olla vastuullinen, oman alansa asiantuntija, kyvykäs ja aito. Vastuullisuutta mentoroinnissa on sitoutuneisuus, motivoituneisuus ja positiivinen asenne tehtävään. Asiantuntijuutta on kokeneisuus, vahva käytännön ammattitaito, ajantasainen ammatillinen osaaminen ja taitavuus kliinisessä työssä. Kyvykkyyttä ovat hyvät vuorovaikutustaidot ja valmiudet ohjata sekä tukea aktoria. Kyky toimia tavoitesuuntautuneesti ja antaa kriittistä palautetta sekä jakaa tietoaan avoimesti ja rehellisesti. Aitoutta taas on omana itsenään toimiminen, avoimuus, rehellisyys ja huumorintaju. (Jokinen ym. 2010, 58–60.)

Muistimentoroinnin tavoitteena on vastata muistisairaiden ihmisten hoidon haasteisiin ja kehittää työntekijöitä vastuullisuuteen. Se mahdollistaa käytännönläheisen oppimisen ja tiedon jakamisen sekä yhdessä olemassa olevien toimintatapojen pohtimisen ja selkeyttämisen. Muistimentoroinnin avulla voidaan juurruttaa työyhteisöön uusia toimintatapoja. Muistimentoroinnissa aktori on työntekijä, joka haluaa kehittyä työssään muistisairaiden parissa ja saada tukea ammatilliseen kasvuun ja oppimiseen. Muistimentoriksi sopii henkilö joka on kiinnostunut ja innostunut muistisairaiden ihmisten parissa tehtävästä työstä ja hän on oman alansa osaaja sekä ammatillainen. Huippuosaa ei tarvitse olla, vaan tärkeämpää on kiinnostus oppimiseen, itsensä kehittämiseen ja osaamisen päivittämiseen. Muistimentorin täytyy olla perehtynyt mentorointiin liittyvään materiaaliin itse tai hän on käynyt mentorointi koulutuksen. (Toljamo ym. 2011, 16–18.)

**Työnohjaus** on toinen tapa kehittää omaa ammattitaitoaan ja lisätä jaksamista haasteellisesti käytettyjen muistisairaiden parissa työskennellessä. Työnohjauksessa tutkitaan omaa työtä, arvioidaan ja kehittää sitä, koulutetun työnohjaajan johdolla. Siinä tulkitaan ja järjestetään yhdessä työhön, työyhteisöön ja omaan työrooliin liittyviä kysymyksiä. (Suomen työnohjaajat 2016.) Työnohjaus on työntekijöiden oppimista tukeva prosessi, jonka aikana työntekijöitä tuetaan erilaisissa työhön liittyvissä pulmissa, kehitetään vuorovaikutustaitoja, edistetään henkilökohtaista kasvua ja ammatillisia



valmiuksia. Sillä pyritään auttamaan työntekijöitä saavuttamaan heille asetetut tavoitteet. (Työterveyslaitos 2014.)

Työnohjaus voi olla yksilö-, ryhmä- tai yhteisötyönohjausta. Yksilötyönohjauksessa tarkastellaan ohjattavan omaa toimintaa suhteessa itseensä, omaan työrooliin, vuorovaikutukseen muiden kanssa ja tavoitteiden saavuttamiseen. Ryhmä- ja yhteisöohjauksessa voidaan keskittyä yhteisten näkemysten etsimiseen tavoitteista ja toimintatavoista sekä keskinäiseen oppimiseen ja tukeen. (Työterveyslaitos 2014.) Työnohjaus on prosessi, johon liittyvät säännölliset tapaamiset 1-3 vuoden ajan sekä luottamuksellinen suhde ohjaajan ja ohjattavan välillä. Ohjaaja tekee töitä ohjattavan kanssa asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Työnohjaus on pitkäkestoinen prosessi, jossa kehitystä tulee yhden työnohjausistunnon aikana sekä koko prosessin ajan. (Haapala 2012,11.)

Työnohjauksen avulla selkiytetään organisaation tavoitteita ja lisätään toiminnan sujuvuutta, tuottavuutta ja kilpailukykyä. Yhteiset tavoitteet selkiytyvät ja tehtävät sekä roolit jäsentyvät yksilö-, ryhmä- ja organisaatio tasolla. Henkilöstön yhteinen oppiminen ja yhteistyö tehostuvat, henkinen hyvinvointi kasvaa, muutoskyky ja työilmapiiri paranee. Johtaminen ja yhteistyö kehittyvät. (Työterveyslaitos 2014; Suomen työnohjaajat 2016.) Työntekijän ammatti-identiteetti selkiytyy työnohjauksen myötä. Työn mielekkyys ja hallinnan tunne parantuu, koska ammattitaito ja osaaminen lisääntyvät. Työssä jaksaminen ja stressin käsittely paranee, kun työntekijän voimavarat tulevat paremmin käyttöön. (Työterveyslaitos 2014.)

## 5 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Kehittämistyön tarkoituksena oli tuottaa Esperi Care:n Lounatuulen tehostetun palveluasumisen yksikköön hoitohenkilöstölle tarkoitettu verkkomateriaali muistisaira- vanhuksen haasteellisesta käyttäytymisestä ja sen helpottamisesta hoitotyön keinoin. Kehittämistyön tavoitteena oli vahvistaa Lounatuulen henkilökunnan sekä muiden hoitotyöntekijöiden näyttöön perustuvaa osaamista ja ammattitaitoa haasteellisen käyttäytymisen muodoista, muistisaira- vanhuksen hyvästä hoidosta ja keinoista ennaltaehkäistä ja lievittää haasteellista käyttäytymistä. Tuotettavan verkkomateriaalin tavoite oli auttaa Lounatuulen hoitajia ja muita hoitotyöntekijöitä löytämään hoitokeinoja, joilla helpotetaan haasteellisesti käyttäytyvien vanhusten oloa ja arjessa selviytymistä. Omana tavoitteenani oli kehittää omaa asiantuntijuuttani muistisairaiden haasteellisen käyttäytymisen hoitamisessa.

## 6 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS

Kehittämistyöni toteutettiin Esperi Care yrityksen Palvelukeskus Lounatuuli nimisessä tehostetun palveluasumisen yksikössä Mikkeliissä, jossa toimin itse sairaanhoitajana. Esperi Care on valtakunnallinen hoiva-alan yritys, joka on tarjonnut vuodesta 2001 saakka asumispalveluita ikääntyneille, mielenterveyskuntoutujille ja kehitysvammaisille sekä lääkäripalveluita (Esperi 2015 a). Tehostettu palveluasuminen tarkoittaa sosiaalihoitolain 17 §:n 1 momentin 4 kohdassa tarkoitettuja asumispalveluja vanhuksille, joita palveluntuottajat tarjoavat ylläpitämissään palvelukodeissa. Tehostetun palveluasumisen asiakkaat ovat vanhuksia, jotka eivät toimintakykynsä takia selviydy omassa kodissaan ja tarvitsevat ympärivuorokautista valvontaa. Alentuneista muistitoiminnoista kärsivät vanhukset ovat tyypillisiä tehostetun palveluasumisen asukkaita. (Sitra 2011, 9.)

Laitoshoidon ja tehostetun palveluasumisen erottaminen toisistaan voi olla vaikeaa. Tehostettu palveluasuminen on kunnan järjestämää sosiaalihoitolain mukaista avopalvelua, jonka kansaneläkelaitos on hyväksynyt avopalveluksi. Vanhuksen saama hoito ja huolenpito ovat keskeisiä tekijöitä siinä, määritelläänkö hoitopaikka avo- vai laitoshoitopaikaksi. (Mäkinen 2011, 30.) Palveluasuminen on kasvava vanhuspalveluiden muoto, koska kunnat pyrkivät vähentämään vanhainkodeissa ja terveyskeskuksen vuodeosastoilla annetun hoidon osuutta vanhuspalveluiden kokonaisuudesta. Vuonna 2008 tehostetun palveluasumisen osuus ikäihmisten sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelusta oli 47 % (Sinervo, Noro, Tynkkynen, Sulander, Taimio, Finne-Soveri, Lilja ja Syrjä 2010, 19–21.)

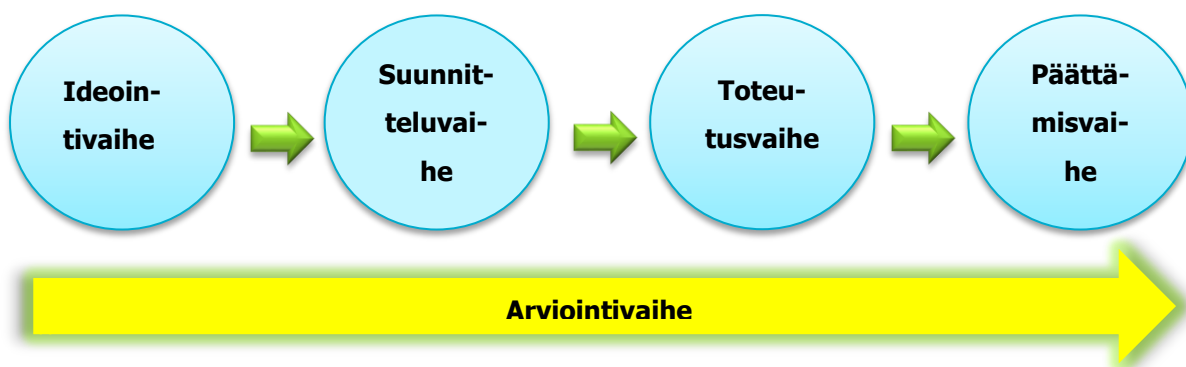
Toteutin opinnäytetyöni kehittämistyönä, jonka tarkoituksena oli luoda näyttöön perustuvaan tietoon pohjaava verkkomateriaali Esperi Caren Lounatuulen yksikköön muistisairaiden haasteellisesta käytäytymisestä ja sen helpottamisesta hoitotyön keinoin. Kehittämistyön tuloksena syntyvän oppaan on tarkoitus vahvistaa hoitajien osaamista muistisairaahan käytöshäiriöistä ja haasteellisesti käyttäytyvän vanhuksen hoitotyöstä. Oppaan tarkoituksena on myös tukea hoitajia käyttämään lääkkeettömiä hoitomuotoja, joiden kuuluisi olla ensisijaisia hoitomuotoja muistisairaiden hoidossa.

Kehittämistyö koostuu kahdesta prosessista, joita ovat tutkimus ja kehittämistyö, jonka kohteena voi olla tuote, prosessi, palvelu tai toiminta (Kananen 2012, 45). Tutkimus ja kehittäminen toimivat parhaimmillaan yhdessä, mutta kehittämistä on mahdollista tehdä myös ilman tutkimusta. (Heikkilä, Jokinen ja Nurmela 2008, 21). Kehittämistyössä tutkimus kohdistuu työn alkuun ja loppuun. Kehittämistyössä kehittämisen kohdetta voidaan pitää prosessina, johon ei liity tutkimuksellisia toimenpiteitä, mutta siihen voidaan liittää tutkimuksellinen näkökulma. (Kananen 2012 45.) Kehittäminen liittyy aina käytäntöön ja sen taustalla on ilmiö, prosessi tai asiantila, jonka halutaan olevan paremmin kehittämisen tai muutoksen jälkeen (Kananen 2012, 13). Se on toimintaa, jolla luodaan tutkimustulosten avulla uusia tai entistä parempia palveluja, tuotantovälineitä tai – menetelmiä (Heikkilä ym. 2008,21). Kehittämistoiminnalla lisätään tietoa ja käytetään jo olemassa olevaa tietoa uusien sovelusten löytämiseen. Tavoitteena on luoda jotakin uutta. Kehittämistyössä voi olla kyse olemassa olevan ratkaisun viemisestä tai soveltamisesta uuteen toimintaympäristöön. (Kananen 2012, 13.)

Kehittämistyössäni rakensin verkkomateriaalin hyödyntäen aiempaa tutkimustietoa muistisairauksista, haasteellisesta käyttäytymisestä ja haasteellisen käyttäytymisen hoitotyöstä. Työn alussa tein kyselytutkimuksen Lounatuulen hoitajille, jolla kartoitin heidän näkemyksiään siitä, millaisen verkkomateriaalin he haluavat. Lounatuudessa muistisairaiden haasteellista käyttäytymistä esiintyy runsaasti ja suurin osa hoitajista koki tarvitsevansa lisätietoa haasteellisesta käyttäytymisestä ja sen hoitotyöstä. Osa henkilökunnasta koki myös, että heillä ei ole keinoja kohdata haasteellisesti käyttäytyviä muistisairaita, joten tätä tilannetta halusin lähteä parantamaan. Kehittämäni verkkomateriaali mahdollistaa sen, että hoitajat voivat milloin tahansa hyödyntää siinä olevaa tietoa ja toimintamuotoja työssään.

## 6.1 Kehittämistyön vaiheet

Kirjallisuudessa kehittämistyö kuvataan monivaiheisena prosessina. Vaiheita voivat olla ideointi- ja esisuunnitteluvaihe, suunnitteluvaihe, käynnistysvaihe, toteutusvaihe, päättämismvaihe, arviointivaihe sekä käyttöönotto- ja seurantavaihe. Kehittämistyön vaiheet muodostavat strukturoidun ja tavoitteellisen toimintakokonaisuuden, jolla saavutetaan tavoiteltu tulos. Jokaisessa vaiheessa on tehtäviä, joiden avulla kerätään tietoa päätöksentekoa ja seuraavan vaiheen pohjatyötä varten. Vaiheet kuvataan erillisinä toisia seuraavina toimintakokonaisuuksina, mutta todellisuudessa kehittämistyössä ne eivät etene yhtä suoraviivaisesti, sillä erivaiheisiin voidaan palata kehittämistyön edistyessä. (Heikkilä ym. 2008,57–58.) Sovelsin tässä kehittämistyössä Heikkilän ym. (2008, 57 – 58) kehittämistyön vaiheita viisivaiheisena prosessina, joita olivat ideointivaihe, suunnitteluvaihe, toteutusvaihe, päätösvaihe ja arviointivaihe (Kuvio 1).



KUVIO 1. Kehittämisprosessin vaiheet tässä opinnäytetyössä.

### 6.1.1 Ideointivaihe

Terveysthuollossa kehittämishankkeen käynnistämisen lähtökohtana on jonkin asian kehittäminen, uusien asioiden esille saaminen tai uusien ratkaisujen löytäminen olemassa oleviin ongelmiin. Kehittämishankkeiden tarpeet tai ideat voivat syntyä valtakunnallisista, alueellisista tai yksittäisten organisaatioiden ja työyhteisöjen strategioista ja kehittämissuunnitelmista, työelämässä todetusta ongelmasta, tutkimuksista tai työntekijän aloitteesta. Kehittämisen aloittajana voivat toimia myös asiakas- ja potilaspalautteet. Merkityksellinen kehittämishanke tarvitsee toimivan ja mielekkään idean, jonka

taustalla on uusi ajatus ja kehittämistä tai ratkaisua vaativa ongelma, jonka ratkaiseminen saa aikaan työyhteisön toiminnan vahvistumisen ja parantaa sen laatua. (Heikkilä ym. 2008, 60–61.)

Kehittämistyöni aiheen ideointi lähti käyntiin vuonna 2014 aloittaessani opiskelun Hoitotyön klinisen asiantuntijan ylemmän ammattikorkeakoulun (YAMK) tutkinto-ohjelmassa. Huomasin samaan aikaan työskennellessäni Palvelukeskus Lounatuulella, että henkilökunta tarvitsee lisää tietoa muistisairaiden haasteellisesta käyttäytymisestä ja sen hoitokeinoista. Tästä työelämän tarpeesta lähti liikkeelle idea tehdä verkkomateriaali muistisairaiden haasteellisesta käyttäytymisestä ja sen hoitotyöstä hoitohenkilökunnalle. Aihealue kiinnosti myös itseäni kovasti, sillä olen saanut tutustua muistisairaana haasteellisen käyttäytymisen hoitoon muistihoitaja opinnoissa ennen YAMK tutkinnon aloittamista. Syksyllä 2014 tein aihekuvauksen, joka Heikkilän ym. (2008,62) mukaan on hankkeen hahmotelma. Aihekuvaus on kehittämishankkeen toteuttamisvaihtoehtojen karkea suunnitelma ja yleisluonteinen hankkeen toteuttamismalli. Aihekuvaukseen kootaan tietoa, jolla varmistetaan hankkeen tarpeellisuus, tavoitteet ja rahoitus. Esisuunnittelu vaikuttaa oleellisesti siihen kuinka hyvin kehittämistyö onnistuu. Aihekuvaukseni sisälsi keskeiset tavoitteet, toteuttamistavan, kehittämistyön kohteen ja kohdeorganisaation kuvaamisen sekä teoreettinen viitekehyksen.

### 6.1.2 Suunnitteluvaihe

Suunnitteluvaihe on kehittämistyön kannalta tärkeä vaihe, jotta kehittämistyö onnistuu tavoitteiden ja toiveiden mukaisesti, eikä rahaa ja aikaa tuhlaantuisi turhaan. Suunnitteluvaiheessa varmistetaan, että tehdään oikeita asioita oikealla tavalla, koordinoidaan tarvittavia resursseja, arvioidaan aikataulua ja siinä pysymistä, lisätään työskentelyn tehokkuutta ja hyödynnetään käytettävissä olevat rajalliset resurssit (Heikkilä ym. 2008, 68). Kehittämistyöni suunnitteluvaiheessa tein kirjallisen hankesuunnitelman ja arvioin SWOT analyysillä (Kuvio 2) kehittämistyön resursseja. Heikkilä ym. (2008, 63) mukaan SWOT-analyysiä käytetään apuna kehittämistyön suunnittelussa ja itserefleksoinnissa kehittämistyön aikana.

VAHVUUDET	HEIKKOUEDET
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tarvittavat resurssit ja osaaminen löytyy</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rajallinen ajankäytön mahdollisuus</li> <li>Huono englanninkielen taito</li> <li>Lukihäiriö</li> </ul>
MAHDOLLISUUDET	UHAT
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tietoa saatavilla hyvin</li> <li>Hyvä koulun ja opinnäytetyön ohjaajan tuki</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Yritys perääntyy projektista</li> <li>Asiantuntijakonsultaatiot eivät onnistu tai tuota tietoa kehittämistyöhön</li> </ul>

KUVIO 2. Kehittämistyön suunnitteluvaiheessa arvioidut vahvuudet, heikkoudet, uhat ja mahdollisuudet.

Kirjallinen suunnitelma toimii apuvälineenä kehittämistyön lopputuotoksen kuvaamisessa, toteutuksessa ja työn edistymisen seurannassa, sekä kehittämistyön päätöksenteon perustana eri vaiheissa (Heikkilä ym. 2008, 69). Suunnitelman tekeminen alkoi kirjallisuuskatsauksen tekemisellä, jossa Kanasen (2012, 47) mukaan perehdytään tukittavaan ilmiöön kirjallisuuden ja tutkimusten avulla, jotta kehittämistyötä tekevä henkilö ymmärtäisi ilmiötä ja pystyisi löytämään tutkimusilmiön ongelmaan osaratkaisuja sekä apua kehittämistyön kirjoittamiseen. Kehittämistyön aihekuvauksessa ja suunnitelmassa käytin Cinahl complete, Medic, Cochrane ja Terveystieteen tietokantoja. Lisäksi käytin kirjastojen Kaakkuri-finna ja Lumme tietokantoja sekä internetiä. Hakusanoina käytin taulukossa (Taulukko 4) esiintyviä hakusanoja.

TAULUKKO 4. Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt hakusanat.

---

### Hakusanat

#### Muistisairaudet, Dementia

Alzheimer, Lewyn-kappale tauti, Otsaohimolohko rappeumat, Vaskulaariset muistisairaudet, Parkinsonin taudin muistisairaus, Alzheimer's disease, Lewy-body disease, frontal temporal lobe degeneration, memory Vascular diseases, Parkinson's disease

#### Käyttäytymishäiriöt, Haasteellinen käyttäytyminen, Social behavior-disorders, Behavioral symptoms, Challengeing behaviour, Memory disorders

Harhaluulot, Aistiharhat, Levottomuus/aggressiivisuus, Masentuneisuus, Ahdistuneisuus, Kohonnut mieliala, Apatia, Estottomuus, Ärtynisyys, Poikkeava motorinen käyttös, Unen häiriöt, Syömisien muutokset, Agitation / aggression, appetite and eating disorders

#### Lääkkeetön hoito, hoitotyön keinot, Psykososiaalinen hoito, Psykomotoriset hoitomuodot, Tarpeisiin kohdistuva räätälöity hoito, Non-pharmacological management, Non-drug

Muistelu, Kuvataiteet, Tanssi, Musiikki, Lemmikkieläimet, Liikunta, Fysioterapia, Ympäristön muutostyöt, Elämäntapa, Puutarhatyöt, kotityöt, Hieronta, Hoitajan persoonan käyttö, Validaatioterapia, koulutus, Reminiscence therapy, Visual Arts, Dance, Music, Pets, Sports, Exercise, Physical Therapy, Environmental alterations, Lifecycle, Life history, Gardening, Housework, Massage, Validation

---

Suunnitelman avulla hankkeeseen osallistuvat saavat tietää hankkeen tavoitteet, toteutustavan ja oman osuutensa hankkeeseen. Kirjallinen suunnitelma toimii myös seuranta- ja esittelyaineistona tiedottamisessa sekä tavoitteiden mahdollisessa arvioinnissa myöhemmin. (Heikkilä ym. 2008, 69.) Opinnäytetyöprosessiin kuuluvaa hankesopimusta tehtäessä Espero Caren kanssa kehittämistyön suunnitelman avulla kerrottiin yritykselle kehittämistyön tavoitteet, toteutustapa ja yrityksen osuus hankkeen toteuttamiseen. Hankesopimus tehtiin Espero Caren kanssa marraskuussa 2015. Sopimus tehdään, jotta toimeksiantaja sitoutuu mahdollistamaan ja tukemaan työn valmistumista, opiskelija sitoutuu tekemään työn ja opettaja sitoutuu antamaan ohjausta ja tukea työn tekemiseen (Heikkilä ym. 2008, 97).

Kehittämisen prosessin suunnitteluvaiheessa tein kyselyn (Liite 1) Lounatuulen henkilökunnalle muistisairaiden haasteellisesta käyttäytymisestä. Kyselyllä kartoitin hoitajien näkemyksiä asiakkaidemme haasteellisesta käyttäytymisestä ja siitä, millaiseksi ongelmaksi he haasteellisen käyttäytymisen näkivät. Lisäksi kysyin millaisen oppaan he haluaisivat. Kyselyn avulla sain tietoa työntekijöiltä, millaisesta ilmiöstä on kyse ja millaisen oppaan henkilökunta haluaa. Lisäksi kysely tukee sitä, että kehittäminen on työelämälähtöinen. Vilkan ja Airaksisen (2004, 56–57) mukaan kehittämistyössä voidaan tehdä selvitys silloin, kun kohderyhmää tai sen tarpeita ei tunneta, mutta halutaan toteuttaa tuote tai tapahtuma kohderyhmälähtöisesti. Kanasen (2012, 56) mukaan kehittämiskohteen työyhteisö on hyvä tiedonlähde, koska ilmiön kanssa tekemisissä olevien ihmisten kautta ilmiö ja siihen vaikuttavat tekijät alkavat hahmottua kehittämistyön tekijälle ja hän alkaa ymmärtää kehittämiskohdettaan. Heikkilä ym. (2008, 61) on todennut hyvin toteutetun kehittämistyön perustuvan aina todelliseen ongelmaan tai tarpeeseen sekä antavan ratkaisun siihen.

Kyselyssä Palvelukeskus Lounatuulen henkilökunta koki muistisairaiden haasteellista käyttäytymistä keskimäärin usein, sekä koki sen melko usein ongelmalliseksi. Olen koonnut taulukkoon (Taulukko 5) haasteellisen käyttäytymisen muotoja, joita esiintyy Palvelukeskus Lounatuulella. Reilu enemmistö vastaajista koki, että heillä on keinoja kohdata muistisairaiden haasteellista käyttäytymistä, mutta osa koki, että heillä on melko harvoin keinoja kohdata haasteellisesti käyttäytyviä muistisairaita. Olen koonnut taulukkoon (Taulukko 6) Palvelukeskus Lounatuulen henkilökunnan käyttämiä keinoja kohdata haasteellisesti käyttäytyvä muistisairas. Enemmistö kyselyyn vastaajista koki tarvitsevänsä lisätietoa haasteellisesta käyttäytymisestä.

TAULUKKO 5. Muistisairaiden haasteellisen käyttäytymisen muodot Palvelukeskus Lounatuulella.

<b>Muistisairaiden haasteellisen käyttäytymisen muodot Palvelukeskus Lounatuulella:</b>
Aggressiivisuutta, taipumusta väkivaltaisuuteen ja ennakoimatonta käytöstä
Potkimista, lyömistä, tarraamista, puremista, raapimista, sylkemistä ja vastustelua
Mielialan vaihtelua ja hermostumista
Huutelua, kiroilua ja haukkumista
Vaeltelua, levottomuutta ja karkailua
Avun hylkäämistä
Ajan - ja paikantajun puuttumista, sekavuutta ja kognitiivisten taitojen puutteellisuutta

TAULUKKO 6. Palvelukeskus Lounatuulen henkilökunnan käyttämiä keinoja kohdata haasteellisesti käyttäytyvä muistisairas.

**Palvelukeskus Lounatuulen henkilökunnan käyttämiä keinoja kohdata haasteellisesti käyttäytyvä muistisairas:**

Selkeä ja yksinkertainen puhe, kosketus, kerrotaan mitä tehdään

Työyhteisön tuki, työkokemus, työnohjaus, koulutus

Rauhallisuus, maltti, ajan antaminen, kuuntelu

Ajatusten ohjaaminen muualle, hoitotilanteissa hetken päästä uudelleen yrittäminen, tilanteesta hetkeksi poistuminen, tilanteiden ennakointi

Laulunpätkät, jutustelu, huumori

Rauhallinen ympäristö, viihtyisä sisustus

Palvelukeskus Lounatuulen henkilökunta koki, että kaikki uusi tieto haasteellisesta käyttäytymisestä on tarpeellista. Oppaaseen haluttiin lyhyttä kuvausta muistisairauksista erityispiirteineen ja vinkkilistaa lääkkeettömistä hoitokeinoista. Paljon toivottiin tietoa muistisairaahan kohtaamisesta, hoitajan vaikutuksesta muistisairaahan käyttäytymiseen, tietoa aggressiivisesta käyttäytymisestä ja ohjeita, miten toimia aggressiivisen asiakkaan kanssa sekä keinoja havaita muistisairaahan ongelmia ja kommunikoida heidän kanssaan. Oppaaseen haluttiin myös keinoja tehostaa viestien perillemenoa, tietoa ympäristön merkityksestä muistisairaille sekä tietoa asioista joista muistisairaajat pitävät, esimerkiksi musiikista ja lauluista. Lisäksi toivottiin hoitajien kokemuksia ja vertaistukea sekä listaa ammatillisesta kirjallisuudesta, johon voi perehtyä halutessaan.

Palvelukeskus Lounatuulen henkilökunta toivoi oppaan olevan käytännönläheinen, selkeä, sisältävän lyhyitä neuvoja ja olevan tiiviissä muodossa esitetty. Oppaan toivottiin olevan sähköisessä muodossa, paperiversiona tai julisteen-muodossa. Mahdollisuus päivittää opasta nähtiin tarpeelliseksi. Ulkoasun toivottiin olevan värikäs ja sisältävän kuvia, piirroksia sekä huumoria. Opasta haluttaisiin myös hyödyntää opiskelijaohjauksessa, sillä opiskelijoilla on usein vähäiset tiedot kohdata haasteellisesti käyttäytyviä muistisairaita.

### 6.1.3 Toteutusvaihe

Toteutusvaihe on kehittämishankkeen työskentelyvaihe, jossa suunnitelma laitetaan käytäntöön, haetaan ongelmiin ratkaisuja ja testataan ratkaisuja käytännössä (Heikkilä ym. 2008, 99). Toteutusvaihe sisältää monenlaisia tehtäviä, jotka on hoidettava. Näihin tehtäviin kuuluvat hankkeen organisointi, henkilöstön ja muiden osallistujien sitouttaminen, olemassa olevan tiedon kerääminen, uuden tiedon tai tuloksien tuottaminen, seuranta, valvonta ja arviointi, dokumentointi ja viestintä. (Heikkilä ym. 2008, 99.) Tässä kehittämistyössä toteutusvaihe sisälsi tiedonkeruuta ja oppaan kehittämisen. Sitoutin Lounatuulen henkilökunnan kehittämisprosessiin mukaan jo suunnitteluvaiheessa kuuntelemalla heidän toiveitaan oppaan tarpeesta, sisällöstä ja muodosta. Toteutusvaiheessa oli yksi Lounatuulen hoitaja mukana oppaan työstämisessä.



Toteutusvaiheessa jatkoin ideointi- ja suunnitteluvaiheessa alkanutta tiedonhankintaa ja hyödynsin tiedonhankinnassa Savonia-ammattikorkeakoulun informaattikkoa. Hankkimaani tietoa hyödynsin kehittämistyöni opasta ja loppuraporttia tehdessäni. Palvelukeskus Lounatuulen hoitajilta saamiani kyselyvastauksia hyödynsin oppaan suunnittelussa ja toteutuksessa. Heikkilän ym. (2008, 104) mukaan kehittämistyössä ei tarvitse aina luoda uutta tietoa vaan siinä voidaan hyödyntää jo olemassa olevaa tietoa. Aiemman tiedon käyttämisen on todettu lisäävän kehittämishankkeen luotettavuutta. Kehittämistyössä tietoa tulee kerätä systemaattisesti ja sitä tulee arvioida kriittisesti sekä soveltaa ja ottaa käyttöön kehittämistyön tavoitteet huomioon ottaen. Tiedon tarpeen arvioinnissa hyödynsin Palvelukeskus Lounatuuleen tehtyä kyselyä ja kehittämistyön suunnitelmaan laadittuja tavoitteita. Kehittämistyön hyvä rajaaminen auttoi myös oikeanlaisen tiedon hakemisessa.

Kehittämistyön tuotoksen tulee olla käytännönläheinen ja tarpeellinen sekä sitä tulee voida arvioida ja hyödyntää. (Heikkilä ym. 2008, 104–109.) Opinnäytetyön tuotoksena kehitettävän oppaan rakentaminen lähti liikkeelle Palvelukeskus Lounatuulen henkilökunnan kyselyvastauksista ja käypähoitosuosituksesta: käytösoireisen muistipotilaan lääkkeetön hoito (Eloniemi-Sulkava, 2010). Oppaaseen valittiin kolme asiakokonaisuutta, joita olivat muistisairaudet, haasteellinen käyttäytyminen ja haasteellisen käyttäytymisen hoito. Henkilökunnan toiveesta muistisairaudet kokonaisuuteen laitettiin lyhyt kuvaus erilaisista muistisairauksista. Oppaaseen oli toivottu tietoa haasteelliseksi koetuista tilanteista esimerkiksi muistisairaana aggressiivisesta käytöksestä, muistisairaana kohtaamisesta, ympäristön parantamisesta ja virikkeellisistä hoitomuodoista, kuten musiikista ja laulusta. Näitä asioita sisällytettiin oppaan osioon, jossa kerrotaan haasteellisen käyttäytymisen hoitokeinoista. Muotoillesani oppaaseen haasteellisen käyttäytymisen hoitokeinoja, hyödynsin erityisesti aiheesta tehtyä käypähoitosuositusta. Valittaessa oppaaseen haasteellisen käyttäytymisen hoitomuotoja pyrin ottamaan huomioon sen, että hoitomuodot ovat sellaisia, joita voidaan toteuttaa Palvelukeskus Lounatuulella. Oppaan osioon haasteellinen käyttäytyminen, laitoin haasteellisen käyttäytymisen psyykkisiä oireita ja käyttäytymisen oireita sillä näitä oireita esiintyi kyselyn perusteella Lounatuulella paljon.

Prosessin kuluessa kävi selväksi tarve kehittää oppaasta verkkomateriaali, koska nykyisin internetissä vietetään yhä enemmän aikaa ja sitä käytetään monipuolisesti muun muassa tiedonhakuun (Juslen 2011, 3). Myös hoitoyhteisöissä työntekijöille tarkoitetut virtuaaliset tukimateriaalit saavat jalkansijaa perinteisten paperisten ohjausmateriaalien rinnalla. Suomessa väestöstä 86 % käyttää internetiä ja yli puolet käyttää internetiä useita kertoja päivässä (Tilastokeskus 2014). Näin ollen internetiin tehty verkkomateriaali tavoittaa laajasti ne ihmisryhmät, joille se on tarkoitettu. Siksi työstin oppaan verkkomuotoon hyödyntäen WordPress sivustoa, jossa verkkomateriaalista pystyttiin luomaan omat internet sivut. Osa Palvelukeskus Lounatuulen henkilökunnasta oli toivonut sähköistä opasta ja oppaassa toivottiin olevan päivitysmahdollisuus. Luomalla oppaasta verkkomateriaali saatiin opas digitaaliseen muotoon, jota on helppo päivittää. Kehitetty verkkomateriaali on vapaasti saatavilla internetissä, joten Lounatuulen henkilöstön lisäksi sitä voivat hyödyntää kaikki suomenkieliset lukijat, jotka ovat kiinnostuneita hoidollisista ja lääkkeettömistä keinoista kohdata ja auttaa muistisairaita.

#### 6.1.4 Päätös vaihe

Kehittämistyö on prosessi, jossa työ ei ole ohi, vaikka asetetut tavoitteet ja tehtävät on saavutettu. Päätös vaihe on tärkeä osa kehittämisprosessia ja siinä varmistetaan, että kehittämistyössä kaikki luvat tulokset ja tuotokset on tehty sekä toimitettu toimeksiantajalle. Tässä vaiheessa työn toimeksiantajan velvollisuus on yhteistyössä kehittämistyöhön osallistuneiden kanssa tarkistaa, että kehittämistyön tulos on asianmukainen ja työn toimeksiantaja hyväksyy sen. Kehittämistyössä päätös vaiheessa ongelmaksi voi muodostua, ettei hankkeen viimeistelyyn ole varattu riittävästi aikaa, ajatukset on jo suunnattu uusiin tehtäviin tai työtä ei millään hennottaisi luovuttaa eteenpäin. (Heikkilä ym. 2008, 121.)

Päätös vaiheessa kehittämistyön dokumentointi saatetaan loppuun. Tärkeintä on kerätä, tallentaa ja siirtää eteenpäin kehittämisen aikana saadut kokemukset. Tavoitteena on kerätä tulevaisuutta varten parannusehdotuksia ja jatkosuunnitelmia sekä ongelmatilanteita ja niiden ratkaisuja. Näistä on hyötyä myöhemmille kehittämishankkeille ja sitä kautta koko organisaatiolle. Hankkeen päätös vaiheessa laaditaan loppuraportti, josta käy ilmi, miten työstä on selvitty. (Heikkilä ym. 2008, 122–123.) Heikkilän ym. (2008, 122–123) näkemyksiä noudattaen tein raportista tiivistelmän, joka kuvaa millä resursseilla työtä on tehty, mitkä ovat sen tulokset, mitä työstä opittiin sekä mitä voisi tehdä toisin ja josta näkyy miten kehittämistyö kokonaisuudessaan eteni. Loppuraportissa kuvasin mitä seuraavaksi tulee tapahtumaan ja ketkä vastaavat verkkomateriaalin ylläpidosta ja jatkokehittelystä.

Luovutin kehittämistyön tuotoksena syntyneen verkkomateriaalin ja loppuraportin Palvelukeskus Lounatuulen yksikön päällikölle syksyllä 2016. Samalla sovimme, että esittelen myöhemmin syksyllä 2016 osastotunnilla kehittämistyötä ja sen tuotoksena syntynyttä verkkoon sijoitettua opasta Lounatuulen henkilöstölle. Lisäksi teen Lounatuulen perehdytyskansion esittelysivun verkkomateriaalista, jotta uudet työntekijät ja opiskelijat saavat tiedon verkkomateriaalista. Jatkossa vastaan itse verkkomateriaalin päivittämisestä ja kehittämisestä.

#### 6.1.5 Arviointivaihe

Kehittämistyössä olisi hyvä arvioida toteutusvaiheessa eteneekö työ oikeaan suuntaan, toteutuuko kehittämistyön suunniteltu aikataulu ja millainen on hankkeen työilmapiiiri. Omassa työssäni arvioin kehittämistyön suuntaa ja aikataulua hankesuunnitelmaan laadittujen tavoitteiden ja aikataulun avulla. Päätös vaiheessa taas tulee arvioida saavuttiko kehittämistyö sille asetetut tavoitteet, oliko kehittämistyö yhteiskunnallisesti vaikuttava ja mikä oli kehittämistyön vaikutus hyvinvointiin. Oman työni päätös vaiheessa arvioin työn pohdinnassa saavuttiko kehittämistyö tavoitteensa ja oliko työ yhteiskunnallisesti vaikuttava. Kehittämistyötä on myös hyvä arvioida jonkun ajan kuluttua sen päättymisestä, sillä silloin nähdään hankkeen todelliset tulokset. Tämä arvioinnin muoto jäi tämän kehittämistyön ulkopuolelle. (Heikkilä ym. 2008, 127–129.)

Kehittämistyön arvioinnilla pyritään suuntaamaan kehittämistoiminnan prosessia eli tuottamaan tietoa, jonka avulla kehittämistyötä voidaan ohjata. (Toikko ja Rantanen 2009, 61.) Prosessiarvioinnis-

sa toiminnan aikana tapahtuneiden interventtioiden vaikutusta havainnoidaan, reflektoidaan ja dokumentoidaan. Prosessin arviointi on usein itse reflektointia, jolla voidaan lisätä kehittämistyön tavoitteiden ymmärrystä. (Heikkilä ym. 2008,129.) Se tuo myös näkyväksi kehittämisprosessin erilaiset taitekohdat, onnistumiset ja epäonnistumiset sekä erilaiset oppimisprosessit ja näkökulmat. Kehittämistoiminnan prosessi voidaan arvioinnissa pyrkiä kuvaamaan mahdollisimman puolueettomasti ottamatta kantaa hyviin tai huonoihin ratkaisuihin, onnistumisiin tai epäonnistumisiin. Arvioinnilla pyritään kuitenkin tukemaan muutosta ja se on sidoksissa tiettyihin asetettuihin päämääriin. (Toikko ja Rantanen 2009,61,127.)

Kehittämistyön aikana arvioin työni suuntaa koko ajan, peilaten sitä suunnitelmassa työlle asettamiini tavoitteisiin ja hankkeistamissuunnitelmassa työlle asetettuihin tavoitteisiin ja Palvelukeskus Lounatuulen henkilökunnan esittämiin tarpeisiin. Lisäksi ohjaava opettaja arvioi työtä prosessin aikana. Tavoitteisiin pääsin mielestäni melko hyvin, onnistuin tuomaan työssäni esille hoitokeinoja, joilla voidaan helpottaa haasteellisesti käyttäytyvien vanhusten oloa ja arjessa selviytymistä. Kehittämistyöni sisälsi uutta näyttöön perustuvaa tietoa, joka on verkossa laajasti hoitotyöntekijöiden käytettävissä. Kehittämistyön prosessi kehitti myös omaa asiantuntijuuttani ja näin ollen tälläkin osa-alueella päästiini tavoitteisiin.

Suunnitelmavaiheessa olin laatinut aikataulun kehittämistyön eri vaiheille. Aikataulun avulla oli helppo arvioida työn aikataulussa pysymistä. Kehittämistyö eteni hyvin aikataulun mukaisesti, mutta aikataulussa pysyminen vaati ennalta suunnittelemtomia ratkaisuja työelämässä. Jouduin parin kuukauden ajan tekemään lyhennettyä työaika, jotta sain tehtyä työn teoriaosuuden aikataulussa. Kehittämistyön ilmapiiriä arvioin kuunnellen omaa jaksamistani ja yhteistyökumppaneitani. Oma jaksaminen vaihteli työn kuluessa, mutta yleisesti ottaen ilmapiiri oli hyvä. Palvelukeskus Lounatuulen henkilökunta lähti hyvin mukaan kehittämistyöhön ja he loivat työn tekemiselle hyvän ilmapiirin.

Kehittämistyön onnistumiseen liittyviä tekijöitä arvioin prosessin alussa SWOT-analyysillä (Kuvio 2), jossa Heikkilän ym. (2008, 63) mukaan kehittämishanketta tai kohdeorganisaatiota tarkastellaan sisäisten ja ulkoisten tekijöiden kautta. Sisäisiä tekijöitä ovat vahvuudet ja heikkoudet, joihin voidaan vaikuttaa kehittämistyössä. Ulkoisia tekijöitä taas ovat mahdollisuudet ja uhat, joihin emme juurikaan kehittämistyössä pysty vaikuttamaan. Sisäisistä tekijöistä vahvuuksiksi näin tarvittavien resursien ja osaamisen löytymisen ja heikkouksiksi rajallisen ajankäytön mahdollisuuden, huonon englanninkielen taidon sekä lukihäiriön. Työn ulkoisista tekijöistä mahdollisuuksiksi näin tiedon hyvän saatavuuden sekä koulun ja opinnäytetyön ohjaajan hyvän tuen. Uhkaksi työlle koin yrityksen mahdollisen perääntymisen projektista ja sen, etten saa tehdä asiantuntijakonsultaatiota. Arvioin lopussa sisäisten ja ulkoisten uhkien ja mahdollisuuksien toteutumista ja kuvaan niitä pohdinnassa.

Kehittämistyön tuotoksen arvioinnilla pyritään osoittamaan näyttöä kehitetyn asian toimivuudesta ja saamaan tietoa kehittämistyön tuotoksen hyvydestä (Toikko ja Rantanen 2009,61). Kehittämistyön tuotoksesta arvioidaan miten hyvin se vastaa asetettua tavoitetta ja miten merkittävä tuotos on käytännön ongelman ratkaisemisessa (Heikkilä ym. 2008, 130).

Palvelukeskus Lounatuulen hoitaja arvioi kehittämistyöni tuotosta kaksi kertaa. Aluksi hän luki verkkomateriaalin ja teki siihen muutosehdotuksia. Lisäksi keskustelimme verkkomateriaalin sisällöstä. Arvioija koki verkkomateriaalin sisältämien kuvien olevan erittäin hyviä ja parantavan verkkomateriaalin ulkoasua. Lisäksi kuvat liittyivät hyvin aihealueeseen ja kertoivat siitä lisää. Erilaisten muistisairauksien esittely oli napakassa paketissa, jonka kaikki jaksavat hyvin lukea. Arvioijan mielestä käytännön esimerkkejä oli laitettu sopivasti niihin kohtiin, joihin niitä voi laittaa. Tästä asiasta kävimme myös keskustelua, sillä Lounatuulen hoitajat olivat toivoneet käytännön esimerkkejä ja vinkkejä verkkomateriaaliin. Olimme arvioijan kanssa samaa mieltä siitä, että kaikkiin osa-alueisiin ei pystytäkään lisäämään esimerkkiä. Kaikille muistisairaille eivät toimi samat vinkit, vaan hoito täytyy räätälöidä yksilöllisesti persoona ja elämänhistoria huomioon ottaen. Hoitotyötekijöiden kanssa tapahtuneen yhteistyön mainitsemisen verkkomateriaalissa arvioija näki erittäin hyvänä.

Arvioijana toiminut kollega ehdotti tuotoksen luettuaan, että siihen lisätään tietoa työnohjauksesta ja mentoroinnista. Nämä päätettiin lisätä henkilökunnan koulutusosioon, sillä työnohjaus ja mentorointi ovat tärkeitä keinoja kouluttaa henkilökuntaa ja auttaa työssä jaksamisessa. Lisäksi huomasimme, etteivät verkkomateriaalin valikot toimi niin kuin pitäisi ja arvioijalta oli osa tekstistä jäänyt tästä syystä lukematta. Tämän perusteella muokkasimme valikoita niin, että lukija löytää kaikki tekstit helposti valikosta. Muutosten jälkeen arvioija luki vielä kerran verkkomateriaalin. Hän ehdotti, että koulutusosioon voisi vielä lisätä tietoa muistihoidon koulutuksesta, vanhustyön erikoisammattitutkinnosta sekä geronomi koulutuksesta. Koska opinnäytetyö on materiaaaliltaan kasvanut melko laajaksi, päätin jättää tekemättä nämä lisäykset. Tulevaisuudessa materiaalia päivitettäessä siihen voi tarvittaessa lisätä nämä aihealueet. Näiden isäksi kieliasuun tehtiin muutamia tarkistuksia. Toimeksiantaja luki myös verkkomateriaalin. Hänen mielestään verkkomateriaali oli hieno ja siihen laitettut kuvat sopivat hyvin tekstiin.

## 6.2 Kehittämistyön tuotos

Kehittämistyön tuotoksena syntyi Esperi Care:n Palvelukeskus Lounatuulen yksikköön verkkomuotoon rakennettu opas, joka toteutettiin WordPress sivuston avulla siten, että se on vapaasti nähtävissä internetissä osoitteessa <https://muistisairaanhaasteellinenkaytos.wordpress.com>. Verkkomateriaalin rakenteen malli on työn liitteenä (Liite 2). Hyvän verkkomateriaalin sisällön tulee Torkkolan, Heikkisen ja Tiaisen (2002, 18) mukaan vastata kohderyhmän tarpeita eli tässä kehittämistyössä verkkomateriaalin sisällön tuli vastata terveydenhuollon ammattilaisten tarpeisiin ja odotuksiin. Tuotoksen tuli olla selkeästi kirjoitettu, asiallinen ja sen tuli sisältää tarpeellisia neuvoja. (Torkkola, Heikkinen ja Tiainen 2002, 18–39). Verkkomateriaalin tekstin ensisijainen tarkoitus on viestinnällinen ja sen avulla halutaan kertoa asioita, välittää tietoa sekä herättää mielikuvia ja tuntemuksia (Keränen ja Penttinen 2007, 170). Verkkomateriaalini tekstin avulla pyrin välittämään ja vahvistamaan tietoa, sekä kertomaan hyödyllisiä neuvoja muistisairaiden haasteellisesta käyttäytymisestä ja sen hoidosta.

Otsikoinnin tulee olla selkeä ja mielenkiintoinen, sillä selkeällä otsikoinnilla helpotetaan tekstin silmäilemistä ja kiinnostavilla otsikoilla saadaan lukija kiinnostumaan tekstistä. Pääotsikon lisäksi käytetään väliotsikoita, jotka jäsentävät tekstiä ja helpottavat haluttujen kohtien löytämistä tekstistä. Otsikoiden avulla pyritään kertomaan tiivistetysti seuraavan tekstin sisältö. (Keränen ym. 2007, 171–173.) Verkkomateriaalini nimeksi valitsin Muistisairaudet – hoitotyön keinoja haasteellisen käyttäytymisen kohtaamiseen, joka kertoo lyhyesti mistä sivustolla on kyse. Verkkomateriaali sisältää viisi osa-aluetta, joita ovat etusivu, muistisairaudet, haasteellinen käyttäytyminen, haasteellisen käyttäytymisen hoito ja yhteystiedot. Jokainen osa-alue sisältää pääotsikon ja väliotsikoita sekä sivun loppuun sijoitetun lähdeluettelon käytetyistä lähteistä. Osaan sivuista on liitetty hyödyllisiä linkkejä aihealueesta. Osa-alueiden valintaan vaikuttivat Palvelukeskus Lounatuulen henkilökunnan toiveet sekä teoriasta esille tulleet asiat. Torkkolan ym. (2002,43) mukaan asiat tulee esittää loogisessa järjestyksessä. Oppaassa aloitettiin isoilla kokonaisuuksilla eli muistisairauksilla, haasteellisella käyttäytymisellä sekä haasteellisen käyttäytymisen hoidolla ja edettiin pienempiin ja tarkempiin kokonaisuuksiin.

Tekstiosuuksissa leipätekstiä on määrällisesti eniten. Leipätekstin lisäksi verkkomateriaalissa käytetään kuvatekstejä, erilaisia luetteloita ja listoja sekä linkkitekstejä. Lyhyiden kappaleiden, selkeiden otsikoiden ja luetteloiden käyttö helpottaa tekstin lukemista näytöltä. (Keränen 2007, 170–173.) Verkkomateriaalissani olen käyttänyt otsikoita, luetteloita ja taulukkoja tekemään tekstistä helposti luettavaa ja miellyttävän näköistä. Keräsen ym. (2007,171) mukaan tekstissä kappaleiden suositeltava pituus on alle 10 riviä. Tekstissäni olen pyrkinyt hyvään kappalejakoon, mutta verkkomateriaalistani löytyy tätä suositusta pidempiä kappaleita.

Kuvien avulla voidaan lisätä verkkomateriaaliin luettavuutta ja mielenkiintoisuutta. Kuvilla voidaan havainnollistaa asioita, välittää tunnelmia ja täydentää tekstin sisältöä. Valokuvalla tulee olla viesti, joka tukee muuta tekstiä ja sisältöä. Tekstillä ja kuvalla ei kannata kertoa samoja asioita, sillä mielenkiintoista on kertoa kuvan avulla tekstin aihe hieman toisenlaisesta näkökulmasta. (Keränen ym. 2007, 174.) Myös Lounatuulen henkilökunta toivoi verkkomateriaaliin kuvia ja värikästä ulkoasua sekä käytännöllisiä vinkkejä. Verkkomateriaalissa olen käyttänyt kuvia, jotka liittyvät sivuston sisältöön. Kuvien avulla on pyritty piristämään sivustojen ilmettä ja kertomaan hieman lisää sivuston sisällöstä. Kuvateksteihin on lisätty monenlaisia vinkkejä, esimerkiksi, mitä välineitä muistelussa voi käyttää ja miten ympäristöstä saa viihtyisän. Oppaan kuvat lisäävät värikkyyttä ulkoasuun ja kertovat kuvatekstien kanssa lukijalle käytännöllisiä vinkkejä aihealueesta.

Verkkomateriaalin taustakuvaksi valitsin vihreän luonnon keskellä olevan vanhan hirsirakennuksen. Rakennus kuvaa mielestäni arvokkaasti vanhenevaa muistisairasta. Vihreä luonto taustana virkistää ja antaa toiveikkaan tunnelman. Sivujen taustaväriksi valitsin niin ikään vihreän värin. Hintsasen (2016) mukaan vihreää väriä pidetään useissa kulttuureissa elämän ja kasvun merkinä sekä liitetään vihreään luontoon ja luonnon henkiin heräämiseen. Se koetaan rauhoittavana värinä, joka saa ihmisen tuntemaan olonsa turvalliseksi ja hoivatuksi. Vihreää pidetään myös neutraalina ja passiivisena värinä, eli niin sanottuna taustavärinä. Rauhoittava ja neutraaliksikin kutsuttu väri sopii mieles-

täni hyvin verkkomateriaalin taustaväriksi. Tein kuvien ja värien avulla verkkomateriaalista lukijalle houkuttelevan.

Tekstin visuaalisuudessa kiinnitetään huomiota kirjaimien ulkonäköön ja asemointiin, jolla tarkoitetaan tekstien ja kuvien asettelua sivulla (Keränen ym. 2007, 170). Hyvässä verkkomateriaalissa tekstin ja kuvien asettelu on tärkeää, sillä hyvä ulkoasu palvelee verkkomateriaalin sisältöä. Hyvin tehty ulkoasu houkuttelee lukijaa lukemaan ja parantaa verkkomateriaalin ymmärrettävyyttä. Verkkomateriaalin ulkoasun tulee olla riittävän väljä, sillä ilmava ulkoasu lisää oppaan ymmärrettävyyttä. (Torkkola ym. 2002, 55.) Verkkomateriaalin ulkoasun teemaksi valitsin WordPress ohjelmasta Hemingway Rewritten, koska kyseinen teema on selkeä, valikot ovat etusivulla selkeästi esillä ja valikoihin on helposti saatavilla alavalikoita. Verkkosivustojen kirjasimeksi valitaan yleensä jokin yleinen kirjasinleikkaus käyttöjärjestelmien peruskirjasimista, jotta teksti näyttäisi eri käyttöjärjestelmien selaimilla samanlaiselta (Keränen 2007, 170). WordPress ohjelmassa ei ole mahdollista valita tämän kaltaista kirjasinta, joten tekstin kirjasimeksi tuli Default Theme Font, joka kuuluu WordPress ohjelman valikoimaan. Se on helppolukuinen ja selkeä kirjasin, joka lisäksi toimii hyvin valitun internet sivuston teeman kanssa.

## 7 POHDINTA

Koko maailmassa oli vuonna 2010 35.6 miljoonaa muistisairasta, joista 90 % kärsii haasteellisesta käyttäytymisestä jossakin sairautensa vaiheessa (Alzheimer's Disease International 2012; Erkinjuntti ym. 2015, 91). Kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu, että laitoshoidossa olevista muistisairaista yli puolella on haasteellista käyttäytymistä ja heidän hoidossaan tulisi ensisijaisesti käyttää lääkkeettömiä hoitomuotoja. (Eloniemi-Sulkava 2010, Saarnio ym. 2011, 47.) Kehittämistyöni aihe koskettaa isoa joukkoa maailman ihmisistä. Työni käsittelee haasteellisessa käyttäytymisessä ensisijaisesti käytettäviä lääkkeettömiä hoitokeinoja. Omassa työssäni muistisairaiden parissa olen kuitenkin huomannut, että haasteellisen käyttäytymisen hoidossa ensisijaisena hoitona ei käytetä lääkkeettömiä, vaan lääkkeellisiä hoitokeinoja. Kehittämistyönä tuottamani verkkomateriaali tukee muistisairaiden parissa työskentelevien hoitajien osaamista ja ammattitaitoa lääkkeettömistä hoitokeinoista ja helpottaa muistisairaiden vanhusten arjessa selviytymistä sekä vähentää haasteellisen käyttäytymisen moninaisia haittoja.

Iso-Britanniassa tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että ei lääkkeettömien lähestymistapojen käytöllä on muistisairaiden hoidossa parantava vaikutus muistisairaana elämänlaatuun ja toimintakykyyn (Curtin 2010, 370). Vaikka lääkkeettömät hoitokeinot ovat ensisijaisia haasteellisesti käyttäytyviä muistisairaita hoidettaessa, on verkkomateriaalia käytettäessä muistettava, että joissakin tapauksissa tulee lääkkeettömän hoidon lisäksi käyttää lääkitystä. Curtin (2010, 370) on todennut, että monissa tapauksissa hoitoyön keinoin toteutettavat hoitomuodot, eivät ehkä yksinään pysty hallitsemaan muistisairaana haasteellista käyttäytymistä, vaan näissä tilanteissa psykoaktiivisten aineiden käyttö yhdessä lääkkeettömän hoidon kanssa voi olla tarpeen.

Laitoshoidossa suurimmaksi hoitotyön haasteeksi on todettu haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaana hoitaminen, sillä hoitajat joutuvat päivittäin selvittämään haasteelliseen käyttäytymiseen liittyviä ongelmia (Saarnio ja Isola 2010, 324). Muistisairaana haasteellinen käyttäytyminen on yhteiskunnallisesti ja inhimillisesti ajateltuna merkittävä ilmiö, jonka edessä henkilökunta joutuu koviin (Eloniemi-Sulkava ym. 2011, 17). Haasteellinen käyttäytyminen aiheuttaa myös stressiä hoitohenkilökunnalle sekä heikentää elämänlaatua. (Saarnio ja Isola 2010, 324; Eloniemi-Sulkava ja Savikko 2011, 18.) Palvelukeskus Lounatuulen työntekijät kokevat työssään paljon muistisairaiden haasteellista käyttäytymistä ja suurin osa heistä kokee tällaisen käyttäytymisen ongelmalliseksi. Opinnäytetyön tuotoksena kehitetyn verkkomateriaali avulla Lounatuulen henkilökunta saa tarpeelliseksi kokeemaansa lisätietoa haasteellisesta käyttäytymisestä ja sen hoidosta.

Haasteellisen käyttäytymisen virikkeellisistä hoitomuodoista eläinten merkitys hyvinvoinnille on tiedostettu hyvin viimeaikoina ja siitä on uutisoitu paljon mediassa. Perinteisten terapiaeläinten rinnalle on kehitetty robottieläimiä. Japanissa on kehitetty hyljerobotti, jonka on todettu tuovan muistisairaille hyvää mieltä ja lisäävän sosiaalista vuorovaikutusta. Lisäksi se rauhoittaa ahdistusta ja levottomuutta. (Ruotsalainen 2014, 49.) Suomalaiset ovat taas alkaneet tutkia miten eläimiä voidaan käyttää vanhusten apuna tulevaisuudessa, 2040-luvulla. Tutkimuksessa halutaan selvittää voitaisiinko automaation ja robotisaation rinnalle tulevaisuudessa ottaa eläimiä, jotka toimisivat ihmisen apulai-

sina ja eläisivät yhdessä vanhuksen kanssa turvaten yksin kotona tai hoitolaitoksessa asuvan vanhuksen arkea. (Lehtonen, 2015.)

Kansainvälisissä ja suomalaisissa tutkimuksissa on havaittu samanlaisia hyötyjä muistisairaiden liikunnasta. Pitkälä ym. (2013,75–129) ja Croker ym. (2013) ovat olleet samaa mieltä siitä, että liikunnallisella kuntoutuksella voidaan parantaa muistisairaana psyykkistä ja fyysistä tilaa. Pitkälä ym. (2013,75-129) ja Hungerford (2014, 75) taas ovat olleet yhtä mieltä siitä, että liikunnalla on hyviä vaikutuksia muistisairaiden kognitioon.

## 7.1 Kehittämistyön prosessi

Arvioimani heikkoudet aiheuttivat haasteita kehittämistyön tekoon. Huonon englanninkielen taidon vuoksi englanninkielisten tutkimusartikkeleiden läpikäyminen laajasti ei ollut mahdollista ja artikkeleiden läpikäyminen oli hidasta ja aikaa vievää. Lukihäiriön vuoksi taas tekstiin tuli paljon kirjoitusvirheitä, joiden korjaamiseen kului aikaa. Nämä asiat aiheuttivat ajankäytöllisiä ongelmia työn tekoon. Ajankäytön mahdollisuudet työn tekoon olivat rajalliset, koska työtä täytyi tehdä oman työn ohessa. Ajankäytön ongelmat pystyin kuitenkin ratkaisemaan tekemällä parin kuukauden ajan lyhennettyä työaikaa. Työn vahvuuksiksi arvioimani resurssit ja tarvittava osaaminen löytyivät työn tekemiseen.

Kehittämistyön mahdollisuuksiksi näkemäni asiat toteutuivat osittain. Tietoa oli saatavilla runsaasti, varsinkin englanninkielisenä, mutta huonon englanninkielen taidon vuoksi tutkimusartikkeleiden läpikäyminen laajasti ei ollut mahdollista. Lisäksi useiden tutkimusten näytönaste oli heikko, joten aiheesta tarvittaisiin vielä lisää uusia laadukkaita tutkimuksia. Tästä syystä verkkomateriaali perustuu siis tämänhetkiseen uusimpaan tutkittuun tietoon, mutta uudet tutkimukset voivat muuttaa tätä tietoa haasteellisen käyttäytymisen hoitomuodoista. Työn tekemiseen sain hyvin tukea opinnäytetyön ohjaajalta ja koululta opinnäytetyö seminaareissa. Opinnäytetyön ohjaajaa olisi ehkä voinut hyödyntää useamminkin prosessin aikana. Kehittämistyön uhkiiksi näkemäni asiat eivät toteutuneet, sillä yritys lähti hyvin mukaan kehittämistyöhön ja asiantuntija-konsultaatioita sain kerättyä Lounatuulesta erittäin hyvin.

Verkkomateriaalia arvioin työlle asetettujen tavoitteiden mukaisesti. Verkkomateriaalin tavoitteena oli auttaa Lounatuulen hoitajia ja muita hoitotyöntekijöitä löytämään hoitokeinoja, joilla helpotetaan haasteellisesti käyttäytyvien vanhusten oloa ja arjessa selviytymistä. Verkkomateriaali välittää mielestäni uusinta kansainvälistä tutkittua tietoa haasteellisesta käyttäytymisestä ja sen hoidosta. Materiaaliin on valittu hoitokeinoja, joilla haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaana oloa ja arjessa selviytymistä voidaan helpottaa. Tässä opinnäytetyössä ei tutkita, miten verkkomateriaalin käyttö Lounatuulella lähtee käyntiin ja kokevatko hoitajat sen hyödylliseksi. Tämä voisi kuitenkin olla hyvä jatko-tutkimusaihe.

Työlle asetettujen tavoitteiden lisäksi arvioin verkkomateriaalia käyttämällä hyväksi Lounatuulen henkilökunnalle tekemää kyselyä. Verkkomateriaalia tehdessä vertasin hoitajien toiveita verkkomate-



riaalin sisällöstä ja ulkoasusta omaan työhöni. Hoitajien toiveista suurin osa toteutuu verkkomateriaalissa. Verkkomateriaali on sähköisessä muodossa, ulkoasu on värikäs ja materiaali sisältää kuvia. Sisällössä on lyhyet kuvaukset muistisairauksista ja materiaali sisältää tietoa muistisairaiden kohtaamisesta, hoitajan vaikutuksesta muistisairaaseen, aggressiivisuudesta, viestien perillemenosta, ympäristöstä ja asioista joista muistisairaavat pitävät. Käytännönläheisiä neuvoja on niissä osioissa, joihin niitä on mahdollista laittaa. Verkkomateriaaliin pyydettyjä kokemus ja vertaistuki asioita en tähän materiaaliin laittanut. Kirjallisuus listaa en työhön laittanut, vaan sen sijaan linkitin aihealueisiin sopivia sivustoja materiaaliin ja laitoin käytetyt lähteet näkyviin, jotta niihin voi halutessaan perehtyä paremmin.

## 7.2 Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus

Kehittämistyön eettisyyttä arvioitaessa kiinnitetään huomiota hyvään tieteelliseen ja toimintakäytännöön. Ennen kehittämistoiminnan aloittamista on mietittävä aiheen valinnan ja kehittämistoiminnan kohdentamisen eettisyys. Hyvää eettistä toimintaperiaatetta noudatettiin hyväksyttämällä kehittämistyön aihe Esperi Carella ja tekemällä hankkeistamissopimus. Kehittämistyöllä ei saa loukata ketään eikä väheksyä eri ihmisiä tai ihmisryhmiä. Ensisijaisesti kehittämistyötä tehdään terveydenhuollossa potilaiden hyväksi. Kehittämistehtävän ja tutkimusongelman tulee olla eettisesti sopiva. (Heikkilä ym. 2008, 43–44.) Tässä kehittämistyössä kehittämistehtävä ja tutkimusongelma ovat eettisesti sopivat. Verkkomateriaali kehittää hoitohenkilökunnan osaamista sekä parantaa sitä kautta muistisairaiden hoidon laatua Palvelukeskus Lounatuudessa.

Kehittämistyössä tulee arvioida lähteiden luotettavuutta ja eettisyyttä. Hyvällä lähdekritiikillä lisätään työn eettisettä turvallisuutta. (Heikkilä ym. 2008, 44.) Lähdeaineiston luotettavuutta voi arvioida sen mukaan, mikä on tiedonlähteen auktoriteetti ja tunnettuus, mikä on lähteen ikä ja laatu ja mikä on lähteen uskottavuuden aste. Kehitystehtävän kohdalla opinnäytetyön arvo ei ratkea lähteiden lukumäärällä, vaan lähteiden laatu sekä soveltuvuus ovat olennaisemmat. (Vilkkä ja Airaksinen 2004, 53–76.) Opinnäytetyössäni olen käyttänyt tuoreita lähteitä, sekä pyrkinyt noudattamaan hyvää lähdekritiikkiä. Lähteinä olen käyttänyt tutkimuksia ja tunnettujen asiantuntijoiden laatimia kirjoja.

Kehittämistyössä on tärkeää, että kehittämistoimintaan kytkeytyviä henkilöitä kohdellaan heidän ihmisarvoaan kunnioittavasti sekä oikeudenmukaisesti ja heille pyritään aiheuttamaan hyvää. Hankkeeseen osallistuville annetaan monipuolista ja totuudenmukaista tietoa heidän oikeuksistaan ja velvollisuuksistaan sekä muista mahdollisista seurauksista. Ihmisillä tulee olla mahdollisuus itse päättää osallistuvatko he kehittämistyöhön tai tutkimuksiin, eli heidän itsemääräämisoikeuttaan tulee kunnioittaa. Kehittämistoimintaan osallistuvien henkilöiden henkilötietoja ei saa paljastaa hankkeen tai tutkimuksen missään vaiheessa. (Heikkilä ym. 2008, 44.) Palvelukeskus Lounatuulen henkilökunta osallistui kehittämistyöhön vastaamalla kyselyyn, joka koski kehittämistyönä laadittavaa verkkomateriaalia. Kysely toteutettiin Wepropol ohjelmalla, jossa vastaajien henkilöllisyys pysyi salassa. Kyselyyn osallistujille kerrottiin heti kyselyn alussa, että kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja luotamuksellista. Opinnäytetyöprosessin päätyttyä kyselyn tulokset hävitetään asianmukaisesti. Verk-

komateriaalin arvioijana toimi Palvelukeskus Lounatuudessa työskentelevä hoitaja, jolta kysyin suostumuksen tähän tehtävään.

Verkkomateriaalissa on käytetty kuvia, joiden valinnassa on täytynyt ottaa huomioon tekijänoikeudet. Valokuvat ovat suojattu tekijänoikeuslaissa, jossa todetaan valokuvan ottajalla olevan oikeudet valokuvan käyttöön. Mikäli kuvan tekemiseen osallistuu esimerkiksi lavastajia ja puvustajia, saavat he myös tekijänoikeudet. Jotta kuva voidaan julkaista, vaaditaan siinä esiintyviltä ihmisiltä lupa. Rakennusten kuvaamista taas ei tekijänoikeuslaissa rajoiteta. Omaperäiset teoskynnyksen ylittäneiden kuvien tekijänoikeus suoja on 70 vuotta ja valokuvien jotka eivät ylitä teoskynnystä tekijänoikeus suoja on 50 vuotta. (Keränen ym. 2007, 153.) Verkkomateriaaliin on valikoitu kuvia, joissa ei ole ihmisiä tai kuva on rajattu niin, ettei siinä esiintyviä henkilöitä pysty tunnistamaan. Kuvamateriaalina olen käyttänyt omia sekä Palvelukeskus Lounatuulen kuvia. Lounatuulen kuvien käyttöön olen kysynyt luvan yksikön päälliköltä. Lisäksi yksikön päällikkö on katsonut verkkomateriaaliin laitettut kuvat ja hyväksynyt ne julkaistavaksi sopiviksi. Verkkomateriaaliin on linkitetty useiden muiden henkilöiden tekemiä tiedostoja ja sivuja internetistä. Näiden sivujen ja tiedostojen linkittämiseen ei tarvita tekijän suostumusta (Korpela 2013).

Tekijänoikeussuojaa digitaalisessa muodossa olevia teoksia, joita ovat multimediaohjelmat, www-sivut ja tietokoneohjelmat. Tekijänoikeus kehittämistyössä tarkoittaa sitä, että luovan työn tuotoksena syntynyt uusi teos kuuluu aina tekijälleen ja on tämän omaisuutta. Teoskynnyksen ylittäessään nämä digitaaliset teokset saavat 70 vuoden tekijänoikeussuojan. Keränen (2007, 150, 154.) Kehittämistyöni tuotoksena syntynyt verkkomateriaali on www-sivu, jonka tekijänoikeudet tulevat itselleni.

Kehittämistyössä raportointi on tärkeää ja tulokset tulee esittää rehellisesti, asiallisesti, perustellusti ja huolellisesti. Esille on tuotava erityisesti tulosten luotettavuuteen ja eettiseen kestävyysvaikutavat asiat. (Heikkilä ym. 2008, 46.) Jotta työ olisi luotettava, on se dokumentoitava mahdollisimman tarkasti ja dokumentoinnissa tulee kertoa, mitä on tehty, miksi on tehty ja miten on tehty. Kehittämistyö on usean tai monen menetelmän yhdistelmä. Luotettavuutta tulee arvioida kunkin käytetyn menetelmän omilla luotettavuuskriteereillä. (Kananen 2012, 166.) Raportoinnissa noudatin hyviä tieteellisen kirjoittamisen periaatteita. Saamani tiedot pyrin esittämään rehellisesti ja objektiivisesti. Opinnäytetyön raportissa olen parhaan osaamiseni mukaa pyrkinyt kertomaan mitä on tehty, miksi on tehty ja miten on tehty.

### 7.3 Oman ammattitaidon kehittyminen

Opinnäytetyöprosessi kehitti sairaanhoitajan ammatillisia osaamisalueitani. Näitä osaamisalueita ovat tutkimus- ja kehittämisosaaminen, päätöksenteko-osaaminen, potilaslähtöisen hoitotyön osaaminen, kliininen osaaminen, terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen osaaminen, vuorovaikutus ja kumpuunusosaaminen, eettinen osaaminen, ohjausosaaminen, kulttuurinen osaaminen, tieto- ja viestintäteknologian osaaminen sekä johtamis- ja yrittäjyys-osaaminen (Erikson, Korhonen, Merasto ja Moisio 2015, 22). Erityisesti opinnäytetyöprosessi kehitti tutkimus- ja kehittämisosaamista, päätök-

senteko-osaamista, vuorovaikutus ja kumppanuusosaamista, kulttuurista osaamista sekä tieto- ja viestintäteknologian osaamista.

Prosessin aikana opin löytämään, hyödyntämään ja arvioimaan kriittisesti uutta tutkimustietoa. Tiedon hankinnassa opin käyttämään useita hakukoneita sekä hyödyntämään kansainvälisiä tutkimusartikkeleita. Kansainvälisten lähteiden käyttö kehitti kulttuurillista osaamistani. Kehittämistyön tekeminen opetti minulle, miten omaa työtä voi kehittää hyödyntämällä näyttöön perustuvaa tietoa. Työtä tehdessäni opin hallitsemaan aikaisempaa paremmin tutkimusprosessin ja arvioimaan osaamistani. Varsinkin oman osaamisen arviointi on ollut minulle aikaisemmin hankalaa. Päätöksenteko- ja ongelmanratkaisutaitoni ovat parantuneet prosessin aikana. Työn useissa vaiheissa olen joutunut tekemään päätöksiä, miten työtä jatkan ja miten siinä ilmenevät ongelmat ratkaisen. Mielestäni työssä ilmenneet ongelmat pystyin ratkaisemaan melko hyvin ja etenemään sujuvasti työn loppuun saakka.

Yhteistyö työn toimeksiantajan ja Palvelukeskus Lounatuulen henkilökunnan kanssa kehitti vuorovaikutus- ja kumppanuusosaamista. Opinnäytetyön alussa pelkäsin, että yhteistyössä toimeksiantajan kanssa saattaisi tulla ongelmia. Ongelmia yhteistyössä ei ollut ja henkilökunta lähti prosessiin innolla mukaan. Työn kehittäminen, arviointi sekä tuotoksen arviointi yhden kollegan kanssa, osoittautui erittäin hedelmälliseksi ja auttoi työn työstämisessä.

Tieto- ja viestintäteknologian osaaminen kasvoi paljon tätä opinnäytetyötä tehdessä. Opin käyttämään tiedonhankinnassa monia sähköisiä hakukoneita. Verkkomateriaalia tehdessäni perehdyin Wordpress ohjelman käyttöön. Tekstinkäsittely, kuvankäsittely ja erilaiset kuvan kaappausohjelmat ovat tulleet tutuiksi opinnäytetyön aikana. Näistä taidoista tulee olemaan hyötyä jatkossakin.

Opinnäytetyössäni olin asettanut tavoitteeksi oman asiantuntijuuden kehittämisen haasteellisesti käyttäytyvien muistisairaiden hoidossa. Koen asiantuntijuuteni kasvaneen tässä aihealueessa huomasti. Kansainvälisistä tutkimuksista olen saanut paljon tietoa itselleni, jota pystyn hyödyntämään työssäni. Työtä tehdessäni löysin myös paljon materiaalia, jota pystyn hyödyntämään virikkeellisiä hoitomuotoja tehdessäni. Verkkomateriaalia tehdessäni en törmännyt toiseen vastaavanlaiseen materiaaliin, joka olisi yhtä kattavasti kertonut haasteellisen käyttäytymisen lääkkeettömistä hoitomuodoista. Koen siis todellakin saaneeni aikaan jotakin uutta, joka toivottavasti kehittää muidenkin hoitotyöntekijöiden ammattitaitoa.

#### 7.4 Johtopäätökset ja jatkokehittämisehdotukset

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että opinnäytetyön tuotoksena kehitetty verkkomateriaali antaa näyttöön perustuvaa tietoa muistisairaahan haasteellisen käyttäytymisen lääkkeettömästä hoidosta Palvelukeskus Lounatuulen hoitajille ja muille hoitotyöntekijöille. Kehitetty materiaali tukee muistisairaiden parissa työskentelevien hoitajien osaamista ja ammattitaitoa. Tämä voi helpottaa muistisairaiden vanhusten arjessa selviytymistä ja vähentää haasteellisen käyttäytymien monialaisia haittoja.

Jatkokehittämisaiheet:

1. Verkkomateriaalin käytettävyyttä ja hyödynnettävyyttä olisi hyvä tutkia jatkossa.
2. Verkkomateriaaliin voisi lisätä osion muistisairaana haasteellisen käyttäytymisen lääkkeellisestä hoidosta.
3. Muistisairaana haasteellisesta käyttäytymisestä voisi tehdä oppaan tai verkkomateriaalin, joka olisi suunnattu omaisille, joiden läheinen kärsii haasteellisesta käyttäytymisestä.

## LÄHTEET

AAVALUOMA, S. 2015. Muistisairaahan psykoterapeuttinen hoito ja hoiva. Suomen Psykologinen Instituutti.

ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL 2012. Dementia: a public health priority. [viitattu 2016-8-1]. Saatavissa: <http://www.alz.co.uk/WHO-dementia-report>

ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL 2014. Nutrition and dementia. A review of available research. [viitattu 2016-1-10]. Saatavissa: <http://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/nutrition-and-dementia.pdf>

ATULA, S. 2015a. Tietoa potilaalle: Vaskulaarinen dementia. [viitattu 2015-6-8]. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia-amk.fi/dtk/ltk/koti?p\\_haku=muistisairaus](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia-amk.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=muistisairaus)

ATULA, S. 2015b. Tietoa potilaalle: Lewyn kappale – tauti. [viitattu 2015-6-10]. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk01105](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01105)

BLAKE, M. 2013. Group reminiscence therapy for adults with dementia: a review. *British Journal of Community Nursing* 18 (5), 228–233.

CAMIC, P., TISCHLER, V. ja PEARMAN, C. 2014. Viewing and making art together: a multi-session art-gallery-based intervention for people with dementia and their carers. *Aging & Mental Health* 18 (2), 161–168.

COHEN-MANSFIELD, J., DAKHEEL-ALI, M., THEIN, K. ja MARX, M. 2009. The impact of stimulus attributes on engagement of nursing home residents with dementia. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 49 (1), 1-6.

COLOMBO, G., DELLO BUONO, M., SMANIA, K., RAVIOLA, R. ja DE LEO, D 2006. Pet therapy and institutionalized elderly: a study on 144 cognitively unimpaired subjects. *Archives of Gerontology & Geriatrics* 42 (2), 207–216.

CROCKER, T., FORSTER, A., YOUNG, J., BROWN, L., OZER, S., SMITH, J., GREEN, J., HARDY, J., BURNS, E., GLIDEWELL, E. ja GREENWOOD, D. 2013. Physical rehabilitation for older people in long-term care. [Viitattu 2016-3-26]. Saatavissa: <http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.savonia.fi/doi/10.1002/14651858.CD004294.pub3/full>

CURTIN, A. 2010. Non-pharmacological Approaches To Dementia In the Long Term Care Setting. [viitattu 2016-1-31]. Saatavissa: [http://www.researchgate.net/profile/Stefan\\_Gravenstein2/publication/49736301\\_The\\_2009\\_AH1N1\\_pandemic\\_influenza\\_and\\_the\\_nursing\\_home/links/02e7e53b41535ddde0000000.pdf#page=11](http://www.researchgate.net/profile/Stefan_Gravenstein2/publication/49736301_The_2009_AH1N1_pandemic_influenza_and_the_nursing_home/links/02e7e53b41535ddde0000000.pdf#page=11)

- ELONIEMI-SULKAVA, U. 2010. Käyttösoireisen muistipotilaan lääkkeetön hoito. [viitattu 2015-8-30]. Saatavissa:  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=073B9BD1831F7682F1C728FCB2D9C1D2?id=nix01635#NaN>
- ELONIEMI-SULKAVA, U. ja SAVIKKO, N. (toim.) 2011. Mielen muutos muistisairaiden ihmisten hoidossa –Käyttösoireiden hoidosta muistisairaahan ihmisen hyvinvoinnin kokonaisvaltaiseen tukemiseen. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.
- ERKINJUNTTI, T., REMES, A., RINNE, J. ja SOININEN, H. (toim.) 2015. Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim.
- ERKINJUTTI, T. ja RINNE, J. 2013. Parkinsonin taudin muistisairaus ja Lewyn kappale – tauti. [viitattu 2015-6-14]. Saatavissa:  
[http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savoniaamk.fi/dtk/ltk/koti?p\\_haku=parkinson](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savoniaamk.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=parkinson)
- ERIKSON, E., KORHONEN, T., MERASTO, M. ja MOISIO, E-L. 2015. Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen. Porvoo: Bookwell oy.
- ESKER, S. ja ASHTON, C. 2013. Using Art to Decrease Passivity in Older Adults with Dementia. *Annual in Therapeutic Recreation* 21, 3-15.
- ESPERI 2015a. *Esperi Care* anna meidän auttaa. [viitattu 2015-8-29]. Saatavissa:  
<https://www.esperi.fi/fi/yritys>
- ESPERI 2015b. *Hoivakoti Lounatuuli*. [viitattu 2015-8-29]. Saatavissa:  
<https://www.esperi.fi/fi/mielenterveys-ja-paihdekuntoutus-hoitokodit-mikkeli-hoitokoti-lounatuuli-esittely>
- FEIL, N. 1993. Validaatio menetelmä muistihäiriöisten vanhusten hoitoon. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- FILIAN, S. ja LLEWELLYN-JONES, R. 2006. Animal-assisted therapy for dementia: a review of the literature. *International Psychogeriatrics* 18 (4), 597–611.
- GONZALES, J., MAYORDOMO, T., TORRES, M., SALES, A. ja MELENDEZ, J. 2015. Reminiscence and dementia: a therapeutic intervention. *International Psychogeriatrics* 27 (10), 1731–1737.
- GONZALEZ, M. ja KIRKEVOLD, M. 2014. Benefits of sensory garden and horticultural activities in dementia care: a modified scoping review. *Journal of Clinical Nursing* 23 (19/20), 2698–2715.

- GROVE, K. 2013. The benefits of gardens for people with dementia. *Nursing & Residential Care* 15 (5), 281–283.
- GÖTELL, E., BROWN, S. ja EKMAN, S-L. 2009. The influence of caregiver singing and background music on vocally expressed emotions and moods in dementia care. *International Journal of Nursing Studies* 46 (4), 422–430.
- HAAPALA, J. 2012. Työnohjaus ja työhyvinvointi - kyselytutkimus sairaanhoitajille. Pro gradu-tutkielma. Terveystieteidentiedekunta. Hoitotiede. Itä-Suomen yliopisto.
- HALLIKAINEN, M., MÖNKÄRE, R., NUKARI, T. ja FORDER, M. (toim.) 2014. Muistisairaankuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim.
- HANSEN, N., JØRGENSEN, T. ja ØRTENBLAND, L. 2006. Massage and touch for dementia. Cochrane review. [viitattu 2016-3-14]. Saatavissa: <http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.savonia.fi/doi/10.1002/14651858.CD004989.pub2/abstract>
- HEIKKILÄ, A., JOKINEN, P. ja NURMELA, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY.
- HELMINEN, J., LAINE, E., SIREN, R. ja ZOTOV, M. (toim.) 2013. Muisti muuttuu - Arki muuttuu. Puheenvuoroja muistisairaiden henkilöiden hyvinvoinnista ja turvallisesta ympäristöstä. Helsinki: Lönnberg Print & Promo.
- HINTSANEN, P. 2016. Vihreä. [viitattu 2016-7-31]. Saatavissa: <http://www.coloria.net/varit/vihrea.htm>
- HOHENTHAL-ANTIN, L. 2013. Muistellaan. Luovat menetelmät muistisairaiden tukena. Jyväskylä: PS-kustannus.
- HOLOPAINEN, A. ja SILTANEN, H. 2015. Katsaus muistisairaiden ihmisten elämänlaatuun liittyvistä tekijöistä. [viitattu 2016-8-27]. Saatavissa: [http://www.muistiliitto.fi/index.php/download\\_file/view/2611/271/](http://www.muistiliitto.fi/index.php/download_file/view/2611/271/)
- HUANG, H., CHEN, Y., CHEN, P., HUEY-LAN HU, S., LIU, F., KUO, Y. ja CHIU, H. 2015. Reminiscence Therapy Improves Cognitive Functions and Reduces Depressive Symptoms in Elderly People With Dementia: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of the American Medical Directors Association* 16 (12), 1087–1094.
- HUNGERFORD, C., JONES, T. ja CLEARY, M. 2014. Pharmacological versus nonpharmacological approaches to managing challenging behaviours for people with dementia. *British Journal of Community Nursing* 19 (2), 72–77.

IKÄHEIMO, K. 2013. Karvaterapiaa. Eläinavusteinen työskentely suomessa. Helsinki: Solution Model House.

ISOLA, A., BACKMAN, K., SAARNIO, R. ja PAASIVAARA, L. 2005. Hoitotyön edistykselliset toiminnot haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa dementoituvan potilaan hoidossa. *Hoitotiede* 17 (3), 145–152.

JAUHOLA, P. 2010. Haasteellisesti käyttäytyvän dementoituvan vanhuksen hoitotyön auttamismenetelmät laitoshoidossa. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Pro gradu – tutkielma. Terveystieteiden laitos. *Hoitotiede*. Oulun yliopisto.

JOKELAJINEN, M. 2013. The elements of effective student nurse mentorship in placement learning environments :systematic review and Finnish and British mentors conceptions. Väitöskirja. Terveystieteiden tiedekunta. Kuopin yliopisto.

JOKINEN, P., MIKKONEN, I., JOKELAJINEN, M., TURJAMAA, R. ja HIETAMÄKI, M. 2010. Mentori suomalaisessa hoitotyön kontekstissa – käsiteanalyysi hybridisellä mallilla. *Hoitotiede* 22 (1), 55–56.

JUSLEN, J. 2011. Netti markkinoinnin karttakirja. Esa Print.

JUVA, K., HUBLIN, C., KALSKA, H., KORKEILA, J., SAINIO, M., TANI, P. ja VATAJA, R. (toim.) 2011. Kliininen neuropsykiatria. Helsinki: Duodecim.

KANALA, A. ja LEINONEN, P. 2001. Dementoituvan haasteellinen käyttäytyminen ja siihen liittyvä hoitajan toiminta yksityisissä ja kunnallisissa laitoksissa. Tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

KANANEN, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän Ammattikorkeakoulu: Jyväskylä.

KERÄNEN, V. ja PENTTINEN, J. 2007. Verkko-oppimateriaalin tuottajan opas. Jyväskylä: WSOYpro.

KOPONEN, H. 2010. Muistisairauden käytösoireiden hoito. [viitattu 2015-8-4]. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=nix00524](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00524)

KORPELA, J. 2013. Tarvitaanko linkittämiseen lupa? [viitattu 2016-9-3]. Saatavissa: <http://www.cs.tut.fi/~jkorpela/tekoik/5.2.html>

KÄYPÄ HOITO 2010a. Muistisairaudet. [viitattu 2015–31-5]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50044>



KÄYPÄ HOITO 2010b. Ohje potilaille ja läheisille: Alzheimerin tauti. [viitattu 2016-6-5]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01595>

KÄYPÄ HOITO 2010c. Ohje potilaille ja läheisille: Otsa-ohimolohkorappeumat. [Viitattu 2015-6-14]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01594>

KÄYPÄ HOITO 2010d. Ohje potilaille ja läheisille: Muistipotilaiden käytösoireet (masennus, ahdistuneisuus, levottomuus, aistiharhat, harha-ajatukset). [viitattu 2016-1-9]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01592>

KÄYPÄ HOITO 2010e. Kuntoutus muistisairauksissa. [viitattu 2016-7-2]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01641>

KÄYPÄ HOITO 2016. Liikunta. [viitattu 2016-7-2]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50075>

LEHTONEN, J. 2015. Eläinten toimijuus yhteiskunnassa. Näkökulmia Suomesta 1890–2040. [viitattu 2016-9-10]. Saatavissa: <http://animalagency.utu.fi/fi/tutkijat/jussi-lehtonen/>

LEONARD, R., TINETTI, M., ALLORE, H. ja DRICKKAMER, M. 2006. Potentially Modifiable Resident Characteristics That Are Associated With Physical or Verbal Aggression Among Nursing Home Residents With Dementia. [viitattu 2015-8-4]. Saatavissa: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=410531#RESULTS>

MAJIK, T., GUTZMANN, H., HEINZ, A., LANG, U. ja RAPP, M. 2013. Animal-Assisted Therapy and Agitation and Depression in Nursing Home Residents with Dementia: A Matched Case-Control Trial. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 21 (11), 1052–159.

MENTORINNIN VERMEET 2014. Mentorointimateriaaleja. [viitattu 2016-7-31]. Saatavissa: <https://mentorvermeet.wordpress.com/materiaalia/mentorointimateriaaleja/>

MÄKINEN, I. 2011. Aino muuttaa: Miten saa tietoa vanhuspalveluista ja mitä maksaa tehostettu palveluasuminen vanhukselle itselleen? Pro gradu- tutkielma. Yhteiskunta ja kauppatieteet. Itä-Suomen yliopisto. Kuopio.

NAIR, B., HEIM, C., KRISHNAN, C., D'ESTE, C., MARLEY, J. ja ATTIA, J. 2011. The effect of Baroque music on behavioural disturbances in patients with dementia. *Australasian Journal on Ageing* 30 (1), 11–15.

NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY 2015. What is the neuropsychiatric inventory? [viitattu 2015-7-30]. Saatavissa: <http://npitest.net/about-npi.html>

NISSINEN, H. 2013. Muilla kuin muistioireilla ilmenevä aivorappeumasairaus -oirekuva ja diagnostiikka. Syventävien opintojen tutkielma. Lääketieteen koulutusohjelma. Itä- Suomen Yliopisto. [viitattu 2016-1-11]. Saatavissa: [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn-fi-uef-20140282/urn\\_nbn-fi-uef-20140282.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn-fi-uef-20140282/urn_nbn-fi-uef-20140282.pdf)

NORDGREN, L. ja ENGSTRÖM, G. 2014. Effects of dog-assisted intervention on behavioural and psychological symptoms of dementia. *Art & science* 26 (3), 31–38.

NUMMINEN, A., ELONIEMI-SULKAVA, U., TOPO, P. ja VALTONEN, H. 2011. Miten käy iäkkään ihmisen pitkäaikaishoidon arjessa? *Tieteessä tapahtuu* 29 (6), 17–24.

PITKÄLÄ, K., SAVIKKO, N., PÖYSTI, M-L., KAUTIAINEN, H., STRANDBERG, T. ja TILVIS, R. 2013. Muistisairaiden liikunnallisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Satunnaistettu vertailututkimus. Tampere: Juvenes Print. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia.

RAGLO, A., BELLELLI, G., TRAFICANTE, D., GIANOTTI, M., UBEZIO, M-C., GENTILE, S., VILLANI, D. ja TRABUCCHI, M. 2010. Efficacy of music therapy treatment based on cycles of sessions: A randomised controlled trial. *Aging & Mental Health* 14 (8), 900–902.

RAVELIN, T. 2008. Tanssiesitys auttamismenetelmänä dementoituvien vanhusten hoitotyössä. Väitöskirja. Terveystieteiden laitos. Hoitotiede. Oulun yliopisto.

RAVELIN, T., ISOLA, A. ja KYLMÄ, J. 2011. Dance performance as a method of intervention as experienced by older persons with dementia. *International Journal of Older People Nursing* 8 (1), 10–18.

RICHESON, N. 2003. Effects of animal-assisted therapy on agitated behaviors and social interaction of older adults with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* 18 (6), 353–358.

RODRÍGUEZ-MANSILLA, J., GONZÁLEZ LÓPEZ-ARZA, M., VARELA-DONOSO, E., MONTANERO-FERNÁNDEZ, J., GONZÁLEZ SÁNCHEZ, B. ja GARRIDO-ARDILA, E. 2015. The effects of ear acupuncture, massage therapy and no therapy on symptoms of dementia: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation* 29 (7), 683–693.

RUOTSALAINEN, S. 2014. Työntekijöiden kokemuksia paro-hyljerobotin käytöstä muistisairaiden ryhmäkodeissa ja päivätoiminnassa. Opinnäytetyö. Kuntoutusohjauksen ja – suunnittelun koulutusohjelma. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

SAARINEN, J., KIVELÄ, S-L. ja RÄIHÄ, I. 2010. Muistipotilaiden masennustilojen lääkehoidon vaikutukset - systemoitu katsaus. [viitattu 2016-1-6]. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia.fi/dtk/ltk/koti?p\\_haku=masennus%20muistisairaila](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=masennus%20muistisairaila)

- SAARNIO, R. ja ISOLA, A. 2010. Hoitajien kokemuksia haasteellisesti käyttäytyvän dementoituvan vanhuksen onnistuneesta kohtaamisesta. *Gerontologia* 4 (4), 324–332.
- SAARNIO, R., ISOLA, A. ja MUSTONEN, U. 2011. Dementoituvan vanhuksen haasteellinen käyttäytyminen laitoshoidossa: esiintymismuodot, yleisyys ja hoitajien toimintatavat. *Hoitotiede* 23 (1), 46–55.
- SAFAR, L. ja PRESS, D. 2011. Art and the Brain: Effects of Dementia on Art Production in Art Therapy. *Journal of the American Art Therapy Association* 28 (3), 96–103.
- SELLERS, D. 2005. The Evaluation of an Animal Assisted Therapy Intervention for Elders with Dementia in Long-Term Care. *Activities, Adaptation & Aging* 30 (1), 61–77.
- SEMI, T. 2015. Mieleen tatuoitu minuus. Ihmislähtöinen elämäntapa muistityössä. T & J Semi oy.
- SIEVÄNEN, L., SIEVÄNEN, M., VÄLIKANGAS, K. ja ELONIEMI-SULKAVA, U. 2007. Opas ikääntyneen muistioireisen kodin muutostöihin. Helsinki: Edita Prima Oy.
- SINERVO, T., NORO, A., TYNKKYNNEN, L-K., SULANDER, J., TAIMIO, H., FINNE-SOVERI, H., LILJA, R. ja YRJÄ, V. 2010. Yksityinen vai kunnallinen palveluasuminen? Kustannukset, asiakasrakenne, hoidon laatu ja henkilöstön hyvinvointi. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.
- SITRA 2011. Tehostetun palveluasumisen sääntökirja. [viitattu 2015-8-29]. Saatavissa: [http://www.sitra.fi/julkaisut/muut/Tehostetun\\_palveluasumisen\\_saantokirja.pdf](http://www.sitra.fi/julkaisut/muut/Tehostetun_palveluasumisen_saantokirja.pdf)
- SUBRAMANIAM, P., WOODS, B. ja WHITAKER, C. 2014. Life review and life story books for people with mild to moderate dementia: a randomized controlled trial. *Aging & Mental Health* 18 (3), 363–375.
- SULKAVA, R., VIRAMO, P. ja ELONIEMI-SULKAVA, U. 2006. Opas lääkäreille ja muulle ammattihenkilöstölle. Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. Espoo: Janssen-Cilag Oy.
- SUOMEN TYÖNOHJAAJAT 2016. Työnohjaus. [viitattu 2016-7-31]. Saatavissa: <http://www.suomentyonohjaajat.fi/tyonohjaus>
- SUONTAKA-JAMALAINEN, K. 2011. Muistisairaana käytösoireet ja toimintakyky vanhuspsykiatriassa osastohoidossa. Pro gradu-tutkielma. Terveystieteiden yksikkö. Hoitotiede. Tampereen yliopisto.
- STENBERG, T. 2015. Muistelu vuorovaikutusmenetelmänä. Helsinki: Ikäinstituutti.

STRANDBERG, T. 2013. Alzheimerin taudin nonkognitiiviset oireet. [viitattu 2015-5-16]. Saatavissa: <http://www.gernet.fi/artikkelit/1292/alzheimerin-taudin-nonkognitiiviset-oireet-suomen-laakarilehti-25-97>. Tieteellinen lyhennelmä.

TILASTOKESKUS 2014. Puolet suomalaisista mukana yhteisöpalveluissa. [viitattu 2016-7-25]. Saatavissa: [http://tilastokeskus.fi/til/sutivi/2014/sutivi\\_2014\\_2014-11-06\\_tie\\_001\\_fi.html](http://tilastokeskus.fi/til/sutivi/2014/sutivi_2014_2014-11-06_tie_001_fi.html)

TOIKKO, T. ja RANTANEN T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta, Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

TOLJAMO, M., KOPONEN, E. ja KOIVISTO, R. 2011. Pieni opas muistimentorille. [viitattu 2016-7-31]. Saatavissa: <http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/Muistimentoriopas.pdf>

TORKKOLA, S., HEIKKINEN, H. ja TIAINEN, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.

TYÖTERVEYSLAITOS 2014. Työnohjaus. [viitattu 2016-7-31]. Saatavissa: [http://www.ttl.fi/fi/tyoyhteiso\\_ja\\_esimiestyo/johtaminen\\_ja\\_esimiestyo/tyonohjaus/sivut/default.aspx](http://www.ttl.fi/fi/tyoyhteiso_ja_esimiestyo/johtaminen_ja_esimiestyo/tyonohjaus/sivut/default.aspx)

VALTION RAVITSEMUSNEUVOTTELUKUNTA 2010. Ravitsemussuositus ikääntyneille. [viitattu 2016-1-10]. Saatavissa: <http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ikaantyneet.suositus.pdf>

VANHUSTYÖN KESKUSLIITTO 2016. Periaatteet muistisairaiden liikuntaan hoivakodissa. [viitattu 2016-7-7]. Saatavissa: [http://www.vahvike.fi/sites/default/files/perussivu-pdf/Periaatteet\\_muistisairaiden\\_liikuntaan\\_hoivakodissa\\_0.pdf](http://www.vahvike.fi/sites/default/files/perussivu-pdf/Periaatteet_muistisairaiden_liikuntaan_hoivakodissa_0.pdf)

VILKKA, H. ja AIRAKSINEN, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

VINK, A., BRUISMA, M. ja SCHOLTEN, R. 2003. Music therapy for people with dementia. Cochrane review. [viitattu 2016-2-12]. Saatavissa: <http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.savonia.fi/doi/10.1002/14651858.CD003477.pub2/full>

WOODS, B., SPECTOR, A., JONES, C., ORRELL, M. ja DAVIES, S. 2005. Reminiscence therapy for dementia. Cochrane reviw. [viitattu 2016-2-12]. Saatavissa: <http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.savonia.fi/doi/10.1002/14651858.CD001120.pub2/abstract>

## 1 LIITE: Kysely Lounatuulen hoitohenkilöstölle.

→

**Muistisairaahan haasteellinen käyttäytyminen**

**Arvoisa kyselyyn vastaaja!**

Opiskelen hoitotyön kliinistä asiantuntijuutta (YAMK) ja teen opinnäytetyönäni Esperi Caren Lounatuulen yksikköön opasta muistisairaiden haasteellisesta käyttäytymisestä ja sen helpottamisesta hoitotyön keinoin. Kyselyllä kerään tietoa siitä, millaisen oppaan Lounatuulen henkilökunta tarvitsee ja millaisena ongelmana he kokevat muistisairaiden haasteellisen käyttäytymisen. Onnistuneen oppaan laadinnan kannalta, vastauksesi kyselyyn on erittäin tärkeä.

Webropol kysely on lyhyt, joten siihen vastaamiseen menee ainoastaan 5-10 minuuttia. Kyselyyn vastataan nimettömänä ja vastaukset käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Tuloksia käytetään hyvän oppaan laatimiseen ja opinnäytetyön aiheen tärkeyden ja työelämälähtöisyyden perusteluun. Tulokset esitetään niin, ettei yksittäisiä vastauksia pystytä tunnistamaan.

Lisätietoja kyselystä antaa: Niina Närhi puh. 0400422767, S-posti: niina.narhi@edu.savonia.fi

Seuraava -->

» Suorakulmien muuttaminen

→

**Muistisairaahan haasteellinen käyttäytyminen**

**1. Kokemuksiasi muistisairaiden haasteellisesta käyttäytymisestä \***

		ei lainkaan	melko harvoin	en osaa sanoa	melko usein	erittäin usein
Esiintyykö työyksikössäsi muistisairaiden haasteellista käyttäytymistä? Millaista?	<input type="text"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koetko työyksikössäsi muistisairaiden haasteellisen käyttäytymisen ongelmalliseksi?		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Onko sinulla keinoja kohdata haasteellisesti käyttäytyviä muistisairaita? Millaisia?	<input type="text"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koetko tarvitsevasi lisätietoa muistisairaiden haasteellisesta käyttäytymisestä? Millaista?	<input type="text"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<-- Edellinen

Seuraava -->

→

**Muistisairaahan haasteellinen käyttäytyminen**

**2. Kerro vapaasti omia kokemuksiasi muistisairaahan ikäihmisen haasteellisesta käyttäytymisestä ja miten olet näistä tilanteista selviytynyt?**

→

**Muistisairaahan haasteellinen käyttäytyminen**

**3. Kerro minkälainen opas auttaisi sinua kohtaamaan haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaahan työssäsi? (esim. sisältö, ulkoasu, julkaisumuoto ym.)**



## 2 LIITE: Verkkomateriaalin rakenne

